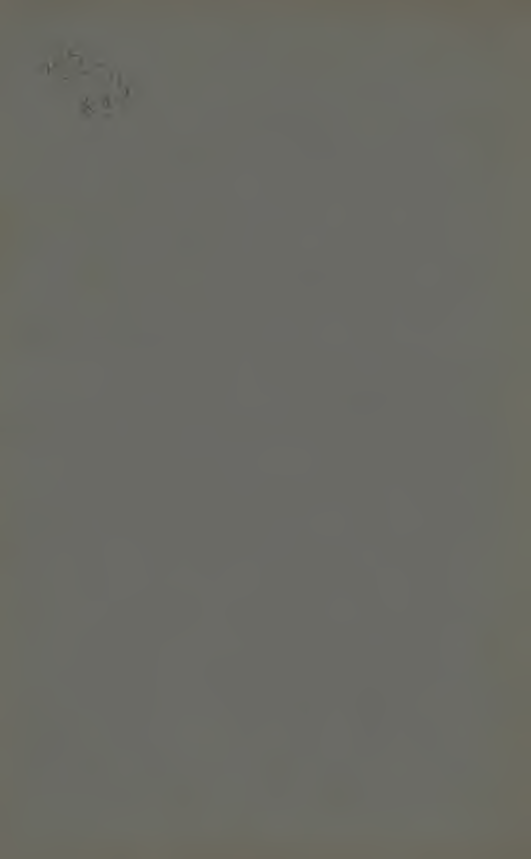
PH. CHASLIN

ÉLÉMENTS DE SÉMIOLOGIE ET CLINIQUE MENTALES

ASSELIN ET HOUZEAU



à ce vieil Albert de la Boulaye
en souvenir de 48 ans d'amitié !

G. C.

ÉLÉMENTS

DE

SÉMIOLOGIE ET CLINIQUE MENTALES

DU MÊME AUTEUR

Du rôle du rêve dans l'évolution du délire, — **1887**, Asselin et Houzeau, éditeurs.

La Confusion mentale primitive, — **Stupidité, Démence aiguë, Stupeur primitive,** — **1895**, Asselin et Houzeau, éditeurs.

14787. — Corbeil. Imprimerie Crété.

ÉLÉMENTS

DE

SÉMIOLOGIE ET CLINIQUE MENTALES

PAR

Le Dr Ph. CHASLIN

MÉDECIN DE LA SALPÊTRIÈRE

« J'ai dit qu'il faut se contenter de décrire certains malades et ne pas essayer de les classer d'une manière rigoureuse. »

MOREL, *Ét. Clin. Traité théorique et pratique des mal. mentales*, T. II, 1853, p. 281.

PARIS

ASSELIN ET HOUZEAU

LIBRAIRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—

1912

PRÉFACE

Je me suis aperçu plusieurs fois de la difficulté que les jeunes étudiants et les internes, arrivant dans un service d'aliénés, éprouvent à se débrouiller au milieu du chaos des formes mentales, même avec l'aide des excellents Manuels et Traités que nous avons en France. Peut-être ces livres sont-ils trop abstraits, trop difficiles pour les commençants ? Il m'a semblé qu'il y aurait place, à côté d'eux, comme introduction, pour un ouvrage plus objectif, composé presque uniquement d'observations avec un commentaire, tenant à la fois du manuel et des leçons cliniques et donnant une grande place à la séméiologie. C'est cet ouvrage que j'essaye de faire. Je voudrais, en montrant continuellement le malade aussi « vivant » que possible, indiquer, pour ainsi dire du doigt, les signes à rechercher et à apprécier, et guider ainsi le débutant dans l'art difficile du diagnostic. Et ce, de la façon la plus terre à terre, la plus simple, avec très peu de mots savants, sans chercher le moins du monde à faire de la psychologie pathologique : rien que de la clinique ; mais la plus classique, du moins autant qu'il est en mon pouvoir, celle qui tient compte de tous les signes, ainsi que nos devanciers nous l'ont apprise.

Il m'a semblé aussi qu'un tel ouvrage pourrait être utile au médecin non spécialisé, obligé parfois à s'improviser aliéniste, et même au philosophe qui étudie les affections mentales dans un but de psychologie : ils ont besoin, tout comme le débutant, d'être mis directement en face des *faits*.

Si par hasard un aliéniste de profession me faisait l'honneur de me parcourir, je lui devrais quelques mots d'explication, car il pourrait s'étonner de ne trouver presque aucun nom propre cité ni aucune théorie admise ou même discutée à fond. Je lui dirais, pour mon excuse, qu'un livre, qui ne veut être qu'un guide pratique, un recueil de documents vécus, un exposé des éléments fondamentaux (mais pourtant conçu sous l'influence d'idées peut-

être sur certains points personnelles), un tel livre ne comporte pas d'historique ni de bibliographie véritable. Quant aux doctrines, elles ont versé dans la métaphysique et ont besoin d'être refaites : ce sera l'œuvre de l'avenir.

J'aime mieux n'en parler qu'à peine, car, pour le moment, *présentées comme elles le sont*, elles ne fournissent même pas des hypothèses directrices pour les recherches ultérieures; au contraire, elles empêchent de voir les faits; elles entraînent même un recul sur les acquits de la clinique, telle que l'avaient comprise les aliénistes français d'il y a cinquante ans. Il n'y a pas bien longtemps, la doctrine de la dégénérescence régnait sans partage : grâce à elle, on a méconnu la confusion mentale de Delasiauve. Il y a quelques années, tout était de la démence précoce, retour d'Allemagne, et on dédaignait la démence précoce de Morel; on supprimait les délires systématisés hallucinatoires de Lasègue et de Falret... Maintenant, tout est de la folie maniaque-dépressive; et on oublie que l'intermittence n'est qu'un symptôme, que la dépression en est un autre, banal, que la mélancolie n'est pas seulement de la dépression, que l'agitation n'est pas la manie, etc., etc. On oublie bien d'autres choses encore que l'on savait et que je ne désespère pas de voir redécouvrir un jour. En attendant, la folie maniaque-dépressive est devenue l'Idole, qui attire les hommages de maint adorateur : comme le dit Henri Heine,

Aron selbst wird fortgezogen
Von des Tanzes Wahnsinnwogen,
Und er selbst, der Glaubenswächter,
Tanzt im Hohenpriesterrock
. . . .

Pour moi, je le répète, je ne chercherai dans ce livre qu'à rester, autant que je pourrai, fidèle à la clinique, le seul guide que nous ayons en aliénation, en l'absence, pour un très grand nombre de formes, de connaissances étiologiques et anatomopathologiques *réelles*. Je suppose que le débutant aura ainsi une base solide; quand il abordera la lecture des traités, il pourra séparer l'ivraie du bon grain, et même chercher à démêler ce qu'il peut y avoir de bon dans les théories. Il saura, en tous cas, rendre justice aux créateurs de ces doctrines, beaucoup plus prudents que leurs disciples, et qui ont eu aussi le mérite d'enrichir nos connaissances de faits bien étudiés. Je n'ai garde d'oublier

ces derniers dans ce modeste ouvrage, mais j'ai pris soin de les mettre à leur place, de les faire rentrer à leur rang. Le progrès ne consiste pas, comme on semble le croire encore trop souvent, à faire table rase du passé, mais à enrichir celui-ci du présent et à préparer l'avenir. Je veux ajouter que je suis loin de penser que l'observation pure soit le dernier recours de la médecine mentale; ce n'en est que le premier, en attendant mieux : la pathologie mentale. Mais celle-ci ne fait que de naître. Tout en espérant son développement, en l'appelant de tous mes vœux et en profitant de ses acquisitions encore peu nombreuses, mais précieuses, trop souvent force nous est de nous borner à cette observation. Mais ne savons-nous pas, par l'histoire de la médecine générale, que les *vraies* acquisitions obtenues par cette méthode ne disparaissent pas souvent devant les découvertes de laboratoire, *a fortiori* devant des théories? Nous pouvons être tranquilles; les théories mal assises passent, la clinique demeure.

Les observations, au nombre de plus de 350, que j'utilise sont personnelles pour la plus grande partie. Mes collègues et amis Nageotte et André Riche, MM. Collin et May, internes des hôpitaux, M. Plumey, externe des hôpitaux, M. Colon, surveillant-chef à Bicêtre, m'ont obligeamment donné l'occasion de voir des malades intéressants. Je les remercie cordialement, ainsi que mon excellent maître, M. Jules Voisin, qui a bien voulu me confier ses notes sur les malades de son ancien service. Il n'y a que de rares observations qui soient empruntées, parce que pour certains Types cliniques je n'en avais pas de suffisamment démonstratives. Je les dois à mon collègue le Dr Séglas, qui m'a montré aussi des malades de son service auxquels avaient trait certaines d'entre elles. Je ne saurais trop reconnaître cette nouvelle preuve de sa vieille amitié.

Les observations sont plus ou moins complètes et détaillées suivant la place qu'elles occupent dans ce livre; à l'étude des signes, je n'en donne guère que des fragments. Si j'ai reproduit celles qui m'ont paru être le plus représentatives des signes ou types étudiés, j'ai choisi pourtant, quand je l'ai pu, celles où, en outre, il y avait des particularités remarquables; j'ai pensé ainsi éveiller davantage l'attention du lecteur et apporter ma petite contribution à la clinique mentale.

J'aurais voulu modifier beaucoup la terminologie employée, parce qu'elle est peu précise ou trop compliquée de mots savants

ou barbares. Je ne l'ai fait qu'avec réserve, de crainte de trop dérouter le lecteur, appelé à lire d'autres livres que le mien. Tout au moins me suis-je efforcé de l'acheminer tout doucement à l'idée que l'emploi de termes cliniquement définis, simplement tirés du français et ne prêtant pas à équivoque, serait de la plus grande utilité.

J'ai développé longuement la psycbasthénie et j'ai parlé de l'hystérie. C'est que ces troubles sont du domaine de la médecine mentale, puisqu'ils sont des troubles mentaux, comme aurait pu dire M. de la Palice. Mais, si j'ai fait rentrer dans le domaine légitime de la « psychiâtrie » ce qui lui appartient, je n'ai pas cherché à être complet. J'ai laissé volontairement de côté bien des détails, pour m'en tenir à ce qui m'a paru le plus important pour le débutant et le praticien, aliéniste ou non. Je n'ai pas non plus employé systématiquement les *tests*, dont je ne fais pas fi; mais je crois qu'ils n'ont qu'un usage limité dans la pratique courante.

La façon de comprendre la rédaction de cet ouvrage m'oblige aussi à attirer l'attention du lecteur sur un dernier point. A côté des types bien reconnus et séparables cliniquement, il y en a d'autres qu'il n'est pas encore possible de classer. Aussi toute la émiologie ne s'applique-t-elle qu'à ce que je crois pouvoir présenter sous des formes relativement bien délimitées. A la fin des Types cliniques, j'ai inséré quelques observations sur lesquelles il m'est difficile de placer une étiquette ordinaire ; je laisse ainsi la porte ouverte au lieu de la fermer, comme il arrive le plus souvent dans les ouvrages didactiques. Si l'on aime mieux une autre comparaison, ce chapitre de formes inhabituelles ou d'attente (tout aliéniste en rencontre de ce genre) est une petite offrande sur l'autel du dieu inconnu : c'est celui-là seul que je consens à adorer.

Paris, mai 1912.

Ph. Chaslin.

PLAN GÉNÉRAL DU LIVRE

Table des matières.
Introduction. — Premières notions sur les troubles mentaux. — Classification.
Première partie. — Les signes : la Sémiologie.
Seconde partie. — Les malades : les Types cliniques.
Troisième partie. — L'Examen des malades.
Quatrième partie. — Le Traitement.
Cinquième partie. — Les formalités administratives et légales.
Table des observations.
Table alphabétique des matières.

En tête de chaque chapitre se trouve un long sommaire.

Les deux premières parties se complètent mutuellement. J'aurais eu trop de redites si je les avais traitées chacune tout à fait à part. Les deux dernières tables servent au besoin d'intermédiaires entre ces deux parties : la première, table des observations, indiquant les différents endroits où un même malade a été étudié sous différents points de vue, table à laquelle le lecteur devra se reporter pour compléter la signification des passages extraits d'une même observation : la seconde, table des matières, qui servira à retrouver les places où il été parlé d'un même signe ou d'un même type.

Pour les Types cliniques, j'essaie de les faire bien comprendre, bien *voir*, à l'aide des observations généralement *in extenso*, suivies de commentaires. Ensuite je donne un exposé d'ensemble très condensé, un *memento* des signes fondamentaux du type. Je n'ai pas cru devoir rédiger cet exposé-résumé en longues phrases comme dans les livres ordinaires, pour ne pas faire double emploi avec ceux-ci ni augmenter outre mesure la grosseur du volume. Pour les mêmes raisons, j'ai réuni sous forme de tableaux beaucoup de données importantes.

Dans la troisième et la cinquième parties, j'ai fait connaître les règles pratiques de l'examen et les formalités qu'aucun médecin ne doit ignorer. Je vois tous les jours les pertes de temps et d'argent que cette ignorance, trop répandue encore, coûte aux malades

peu fortunés. Par contre, dans la quatrième partie, je me suis borné à quelques renseignements sur les traitements tout à fait spéciaux aux affections mentales, supposant les autres bien connus.

Enfin, pour permettre au débutant ou au jeune spécialiste d'utiliser cet ouvrage comme point de départ, j'ai ajouté en notes non une bibliographie, mais des indications de livres et d'articles, presque exclusivement français, où l'on trouvera un *exposé d'ensemble* des questions traitées. C'est dans ces livres ou articles que le lecteur devra chercher la bibliographie véritable. Pourtant, j'ai donné, pour des raisons spéciales, quelques indications de première main de mémoires originaux.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE II

CHAPITRE III

CHAPITRE IV

CHAPITRE V

CHAPITRE VI

CHAPITRE VII

CHAPITRE VIII

CHAPITRE IX

CHAPITRE X

CHAPITRE XI

CHAPITRE XII

CHAPITRE XIII

CHAPITRE XX

LES SYNDROMES : STUPIDITÉ, STUPEUR, EXTASE, CONFUSION, MUTISME, DÉLIRE DE RÊVE...... 217

CHAPITRE XXI

LE SYNDROME ARRIÉRATION MENTALE...... 235

CHAPITRE XXII

LE SYNDROME DÉMENCE............ 239

CHAPITRE XXIII

LES SYNDROMES : SYNDROME (PSYCHOSE) DE KORSAKOFF. PUÉRILISME. NEURASTHÉNIE. FOLIE MORALE. 259

CHAPITRE II

CHAPITRE III

CHAPITRE IV

CHAPITRE V

CHAPITRE VI

CHAPITRE VII

CHAPITRE VIII

CHAPITRE IX

CHAPITRE X

CHAPITRE XI

CHAPITRE V

CHAPITRE VI

CHAPITRE VII

CHAPITRE VIII

CHAPITRE IX

CHAPITRE X

CHAPITRE XI

CHAPITRE XII

CHAPITRE XIII

CHAPITRE XIV

TROISIÈME PARTIE

L'EXAMEN DES MALADES

QUATRIÈME PARTIE

LE TRAITEMENT

CINQUIÈME PARTIE

LES FORMALITÉS LÉGALES ET ADMINISTRATIVES

ERRATA

P. 370, ligne 24, au lieu de (antérograde) : (*rétrograde.*)
P. 371, ligne 34, au lieu de séparer : *réparer.*
P. 385, ligne 7, au lieu de aménent : *annoncent.*
P. 436, ligne 6, au lieu de imstéroe : *érotisme.*
P. 603, ligne 33, au lieu de, c'est dans l' « ecmnésie » : *c'est l'ecmnésie.*
P. 604, ligne 2, au lieu de lesquelles : *sur lesquelles.*
P. 604, ligne 17, au lieu de l'œil ; *de l'œil droit.*
P. 926, col. 2 : *transposer les deux dernières lignes.*

ÉLÉMENTS

DE

SÉMIOLOGIE ET CLINIQUE MENTALES

INTRODUCTION

PREMIÈRES NOTIONS SUR LES TROUBLES MENTAUX ET CLASSIFICATION

CHAPITRE PREMIER

PREMIÈRES NOTIONS

SOMMAIRE. — Présentation rapide de quelques types cliniques choisis parmi les plus fréquents et les plus démonstratifs. Analyse succincte à titre d'échantillons de quelques symptômes, et leur interprétation. L'appréciation de leur valeur sémiologique permet d'arriver au diagnostic d'où découlent le pronostic et le traitement. Remarques générales sur les signes « éjectifs ». Le diagnostic suppose une classification.

Délire alcoolique hallucinatoire. — M[me] Dol..., âgée de 28 ans, imagière, vient à la consultation de la Salpêtrière. Elle a le visage animé et un peu coloré, les yeux brillants, l'air un peu effrayé ; elle tremble légèrement en parlant et les mains ont un tremblement avec d'assez grandes oscillations. Le pouls est rapide. Elle a une demi-reconnaissance de son état, puisqu'elle vient pour se faire interner ; elle voit, dit-elle, des choses extraordinaires. Un ami avec lequel elle vit, voulant, il y a quelque temps, la mettre à l'hospice, l'avait enfermée dans sa chambre. Restée seule, la malade a vu une main de mort tendant un bâton et elle a entendu une voix qui disait : « Prends cette main et, si tu vas dans la maison des folles où on veut t'emmener, voilà comme on en revient. » Puis le bâton que tenait la main s'est transformé en tigre. Elle a fermé les yeux pour ne pas voir le tigre et, résignée à tout, s'est étendue sur son lit, prête à se laisser dévorer ; ensuite, elle a sauté par la fenêtre pour ne pas être mangée. Elle est tombée du premier étage sur le dos et on l'a fait entrer à la Maison Blanche. Elle en est sortie il y a trois semaines et voici que des hommes la poursuivent. Au début, on a défendu à son ami d'habiter avec elle. Partout où elle habite, on vient la demander : elle a dû faire trois demeures. On vient la chercher : c'est un homme en bleu. — Puis ce sont des hommes qui sortent de

terre et qui veulent la mettre en léthargie. Dans la rue, elle voit des hommes, des enfants, des femmes, qui sortent de terre, des murs ; il y en a qui veulent la jeter par la fenêtre. Elle a vu des hommes lui faire signe de loin et ils lui ont dit d'aller se jeter à l'eau. Chez elle, les objets, les meubles se soulèvent, disparaissent. Son ami ayant acheté hier un morceau de viande, celui-ci a disparu ; puis ce matin, elle a entendu un bruit de papier qui s'ouvre et le morceau était dedans. Elle ajoute que la première nuit qu'elle est revenue de la Maison Blanche, elle a entendu une voix qui lui a dit : « C'est la mort qui vient te prévenir que tu mourras en mai. »... « Je vis des têtes de morts, des oiseaux, des chouettes... »

Le *diagnostic* est : délire hallucinatoire alcoolique. Sur quoi se fonde-il ? Sur l'aspect extérieur, surtout du visage, animé, les yeux brillants, la mimique dénotant la frayeur et l'agitation. Le récit de la malade, à moitié consciente de sa situation pathologique, montre le rêve hallucinatoire, surtout visuel, où elle a été plongée et qui se continue jusqu'à ce matin : rêve kaléidoscopique, avec images en mouvement, terrifiantes, donnant lieu à des idées de persécution, personnages humains ou animaux qui la poursuivent et veulent lui faire du mal. La malade fuit ces persécutions et joue par conséquent son rôle dans le drame que le rêve déroule devant ses yeux : on lui dit d'aller se jeter à l'eau, le tigre veut la dévorer et elle saute par la fenêtre. — Si on joint à cela le tremblement, l'accélération du pouls par moments (on a négligé d'examiner les urines où il y a vraisemblablement de l'albumine), on arrive à poser le diagnostic ci-dessus.

Le *pronostic* est bénin : accès peu intense, qui guérirait rapidement si on pouvait soigner la malade.

Le *traitement* est facile : *pas d'alcool*, repos au lit, lait exclusivement, bains prolongés tièdes. On a dû se borner à le prescrire, la malade venue seule ne pouvant être internée, ce qui eût été utile pour elle.

Délire d'épuisement (Confusion mentale primitive). — On conduit jusqu'à sa chaise le malade Loy... Il a les vêtements peu en ordre. Il est très pâle, très maigre ; il a l'air égaré, atone et reste inerte sur sa chaise. Il ne répond rien aux questions de l'interrogatoire comme s'il ne les entendait pas. Quelques jours après, même aspect, mais il répond, lentement, péniblement, il a l'air de chercher à rassembler ses idées. Il ne sait pas où il se trouve, ni ce qui lui est arrivé ; il reconnaît les objets, mais a de la peine à fixer son attention sur eux. Quelques jours après, interrogé, il dit enfin qu'il commence à se retrouver, qu'il a été malade : « J'étais comme dans une sorte de rêve, je me rappelle que je me suis promené dans Paris pour équilibrer la rotation de la terre, puisque je suis d'un poids minime. J'étais le Christ par une révélation

subite dont je ne me rends pas très bien compte. Je me croyais persécuté, j'étais le Christ faisant la police de sûreté. »

Le *diagnostic* est : délire de dénutrition, d'épuisement, ou confusion mentale primitive, à la suite de privations, de surmenage, comme nous l'ont appris les renseignements fournis par sa concierge, confirmés ultérieurement par le malade. Sur quoi se fonde ce diagnostic? Sur l'aspect général : Loy... se laisse conduire, ses vêtements sont en désordre ; l'amaigrissement, la pâleur, l'aspect de misère physiologique sont frappants. La physionomie révèle l'égarement, l'atonie de l'esprit. Les gestes sont nuls par suite de l'affaissement, de la dépression. La parole est nulle d'abord (mutisme avec stupidité), puis lente, basse, fatiguée, pénible. Les phrases sont correctes, mais leur contenu révèle la confusion des idées, c'est-à-dire la difficulté que le malade a à se retrouver au milieu de ses propres idées, du monde extérieur et aussi des idées vagues délirantes surajoutées ; le langage révèle aussi la désorientation dans le temps et l'espace, puis le rêve pathologique avec idées délirantes multiples, kaléidoscopiques, idées de grandeur, mystiques, de persécution, qui, tout en ressemblant par leur caractère de rêve au rêve de l'alcoolique précédent, en diffèrent par leur contenu plus indifférent et non spécial (animaux) et ne s'accompagnent pas de frayeur. Enfin l'état somatique déjà signalé, si bien en rapport avec l'état de l'esprit, n'en est que la traduction. Signes de dégénérescence peu marqués. Le *pronostic* est assez bon, vu l'amaigrissement rapide, comme nous l'avons su par les renseignements. Il se confirme au bout de quelques jours par l'éclaircissement de l'esprit du malade qui finit par guérir après un engraissement considérable dû au séjour au lit et à la suralimentation, ce qui a été tout le *traitement*.

Délire épileptique. — Méz... est un grand gaillard à l'aspect normal. Il a des accès d'épilepsie. De temps en temps son attitude change. Silencieux, il suit obstinément pas à pas le médecin et le surveillant dans leurs tournées dans le service. Il devient difficile à conduire et réplique par des coups de poing aux injonctions ; on est obligé de l'isoler. Il reste muet, ne répondant rien aux questions, souriant seulement : si l'on insiste trop, il se précipite sur le fâcheux interlocuteur. Par ailleurs, il mange peu, va et vient dans la cellule d'isolement d'un air absent. Au bout d'une huitaine de jours, tout est revenu à la normale presque subitement. Il raconte qu'il était comme dans un rêve et exprime ses regrets des actes de violence commis. Il se rappelle des lambeaux de ce rêve bizarre. « Il faisait, dit-il, la leçon aux morts du purgatoire en voletant au-dessus de l'île de Madagascar et en imitant les cris des petits

cochons », etc. Il tient registre de ses accès d'épilepsie motrice et d'épilepsie psychique.

Le *diagnostic* est : délire épileptique. Il ne peut être fait ici avec certitude que grâce à la connaissance des accès d'épilepsie motrice, que présente Méz... Cependant le début sans cause apparente et la cessation brusque, le caractère de rêve du délire avec teinte mystique peuvent mettre sur la voie. Il faut remarquer que dans ce cas la perte de mémoire consécutive à l'accès n'est pas complète, contrairement à ce qu'on affirme être la règle dans le délire épileptique, et que le malade ne présente pas les gros stigmates physiques, dits de dégénérescence, habituels aux épileptiques. Le *pronostic* est grave ; les accès de délire se reproduiront.

Démence paralytique ou paralysie générale (1). — Ven... entre en marchant à petits pas comme un ramolli, mais sans écarter les jambes, en se tenant assez droit. Il garde sa casquette sur la tête, puis l'ôte pour saluer en l'agitant légèrement. Il a son pantalon rattaché par une ficelle. Il regarde le médecin d'une façon niaise et satisfaite, et reste à peu près figé tout le temps dans cette expression ; même lorsqu'il sourit ou s'anime, sa mimique est si pauvre qu'on en conclut immédiatement au vide de la pensée. Il s'assied et dit spontanément : « Je suis très bien portant ! » En prononçant ces mots, ses lèvres tremblent et l'articulation est si embrouillée, si trémulante qu'on a peine à saisir le sens. Il continue à proclamer son état satisfaisant et ses talents : « J'ai une belle voix haute ; je suis artiste à l'Opéra ; je connais tous les genres..... » et il se met à chanter, en bredouillant et accrochant les mots, une chanson qu'il dit être la chanson du *Vin de Marsala*, puis il chante le *Chant du Départ*. « Je chante bien, vous savez », ajoute-t-il en bredouillant. Il est riche, il a cinquante mille francs, une automobile et trois châteaux ; il est d'ailleurs marchand de chansons et gagne deux mille francs par an. Il est orienté suffisamment, mais ne peut fixer assez son attention pour réciter les mois à rebours ; ne comprend rien à différentes images et plaisanteries qu'on lui montre ou fait lire. — En dehors de la trémulation des lèvres, du bredouillement et des accrocs caractéristiques, il a du tremblement de la langue et des mains ; son écriture est informe ; mais les réflexes sont conservés et il n'a pas le signe d'Argyll Robertson. — Il sort après avoir donné la main à tout le monde et s'en va la casquette de travers sur la tête, les mains dans les poches, son pantalon tombant presque sur ses talons, en faisant de tout petits pas comme à l'arrivée. — Lymphocytose marquée.

Le *diagnostic* est : démence paralytique. Le bredouillement de la parole, le tremblement, la lymphocytose sont déjà suffisants à

(1) Les mots paralysie générale revenant très souvent, j'emploierai ordinairement à leur place l'abréviation P. G., maintenant courante.

eux seuls. La démence profonde, le délire de grandeur, incohérent, contradictoire, niais, achèvent le diagnostic. Enfin l'aspect seul et le *masque spécial* démentiel permettaient, dès l'entrée du malade, de poser le diagnostic à coup sûr. — *Pronostic* très grave.

Démence sénile. — Mme Hei... est une vieille femme. Elle est à peu près tenue grâce aux soins des personnes qui l'entourent. Elle va et vient dans sa chambre et n'a pas l'air malade. Lorsqu'on va la voir, elle vous reçoit avec toutes les formes voulues et cause convenablement sur bien des choses ; cependant le visiteur s'aperçoit que, si elle raconte à peu près les faits très anciens, elle semble avoir très mauvaise mémoire pour les faits plus récents. En somme, il lui semble qu'elle perd seulement la mémoire et qu'à part cela elle ne déraisonne pas. C'est qu'il n'a pas assisté au déjeuner où elle n'a pas reconnu son petit-fils, qu'elle a pris pour un étranger, un intrus ; elle a demandé pourquoi on se mettait à table sans attendre son mari ; or celui-ci est mort depuis de longues années. Une autre fois, en se mettant à table, elle tâte son ventre (elle l'avait assez gros) et, le trouvant proéminent, elle fit cette réflexion : « Je ne crois pourtant pas que je sois enceinte.» Dans les derniers temps, on la vit un jour vouloir absolument sortir de sa chambre. Elle pleurait, se lamentait, disant qu'elle n'était pas chez elle. Elle voulait aller donner le sein à ses deux enfants qui mourraient si elle ne le faisait pas. Sa fille, âgée de plus de cinquante ans, qui avait été l'un des poupons dont il était question, ne put jamais persuader sa mère de son erreur. Celle-ci retardait un peu.

Le *diagnostic* est facile : il s'agit de démence sénile avec prédominance de pseudo-souvenirs et d'erreurs de reconnaissance donnant lieu à une sorte de délire d'imagination, tout comme dans le rêve, mais sans hallucinations. Cette vieille dame conservait encore les dehors de la santé physique et aussi relativement de la santé intellectuelle, tant qu'elle se trouvait sous l'influence d'une excitation due à une visite inaccoutumée ; et encore, quand cette visite se prolongeait un peu, elle finissait par émettre des idées évidemment fantaisistes. L'automatisme des usages de politesse était conservé, mais dans le milieu familial elle laissait par ses paroles constater une désorientation complète dans le temps et le milieu extérieur. Les erreurs de mémoire, de reconnaissance des personnes, de jugements, indiquaient une démence profonde qui finit même par se manifester constamment. L'état somatique était relativement bon; seuls les stigmates de l'âge avancé étaient bien visibles. Le *pronostic* est toujours grave en pareil cas au point de vue mental; mais la vie peut se prolonger longtemps; cette vieille dame est restée vingt ans démente et est morte à quatre-vingts ans environ.

Arriération mentale. — Ce jeune homme, Dor..., a une trop grosse tête, il louche, il est très asymétrique; il se présente à peu près bien et a beaucoup de politesse. Dès qu'il parle, il plisse son front avec effort et émet ses paroles, d'ailleurs à peu près correctes, avec difficulté. Lorsqu'on l'interroge, il sait son âge et la date de sa naissance, mais pas la date ni l'année où nous sommes; il sait où il est, il dit pouvoir lire et écrire. Il lit effectivement à voix haute un fait-divers simple avec une certaine difficulté de prononciation, mais ne sait pas ce qu'il a lu; il écrit sous la dictée correctement: « Je suis à Bicêtre »: il calcule un peu, etc. et il s'occupe au ménage dans le service, mais est incapable de quoi que ce soit d'autre.

Diagnostic.— Faiblesse intellectuelle ou arrièration mentale. Il est facile de s'apercevoir de l'insuffisance du développement intellectuel par l'interrogation méthodique portant sur les différents éléments qui constituent l'intelligence. L'examen somatique montre immédiatement la trop grosse tête et les autres signes physiques qui indiquent qu'il y a eu un trouble apporté au développement. C'est une insuffisance de développement assez légère, les états plus graves étant qualifiés d'imbécillité et d'idiotie. Le *pronostic* est que le jeune homme a acquis tout ce qu'il pouvait comme développement intellectuel; il pourra être utilisé à des travaux très simples, à condition d'être toujours surveillé dans un asile, ou mieux dans une colonie agricole

Déséquilibre mental. Obsession. — Chau... est un homme de vingt-cinq ans, qui réclame lui-même son admission à Bicêtre pour arriver à se guérir: il se figure, dit-il, que tout le monde le regarde et le remarque, il a peur de rougir, ce qui lui donne des accès d'angoisse; pour se remonter il boit, et il en a tellement pris l'habitude qu'il sent ne pouvoir la perdre qu'en entrant dans un asile où on l'empêchera de boire et où, en même temps, on le guérira de sa peur stupide. Il est robuste, mais ne paraît pas aussi bien doué intellectuellement. Il présente quelques signes d'alcoolisme chronique; il a des pituites matinales, des brûlures à l'estomac (qui est dilaté), le foie un peu gros et la rate perceptible (il a été aux colonies); il rêve fréquemment de bêtes et de choses désagréables. Il raconte par écrit qu'il a eu autrefois des crises d'hystérie, étant jeune. Parti aux colonies dans l'infanterie de marine, il a eu une éruption dont il ne connaît pas la nature au juste (syphilis, acné ?), mais dont il était très honteux et qu'il ne montrait pas sans devenir rouge. Cela passa rapidement. Revenu en France, il eut un accès d'alcoolisme subaigu soigné dans un asile. En partant, il est repris de la crainte de se montrer, bien qu'il n'eût rien sur la peau d'anormal. « Dans la rue, nous écrit-il, j'ose pas remuer; au lieu de marcher comme tout le monde au milieu du trottoir, je fuis les personnes, je marche sur le bord du trottoir, et de temps en temps je m'arrête, n'osant pas passer la rue. Je regarde tout le monde et je crois que tout le monde me regarde, se moque de moi; aussi, moi je rougis comme un homme qui a fait un mauvais coup; j'en ai la figure

congestionnée. Quand je rentre dans une boutique, je rougis en demandant quelque chose.... Je n'ose pas aller manger dans un restaurant. » Il ajoute que, pour se donner du courage, il boit et que cela finira mal si on ne l'enferme pas. Sa famille dit que, avant et depuis son service, il quitte ses places sans motif (il est pâtissier) et qu'il s'est engagé sans trop savoir pourquoi. A Bicêtre où il est resté quelque temps et d'où il est sorti guéri (de cet accès), il n'a jamais présenté de rougeur objectivement constatable, bien qu'il le prétendît; mais il a déclaré, dès le lendemain de son entrée, que le milieu du service ne l'impressionnait pas comme le public de la rue.

Le *diagnostic* se fait par le récit seul du malade : crainte obsédante de rougir (érythrophobie des auteurs). Cette crainte insurmontable s'accompagne d'un accès d'angoisse, malgré que le malade en sente toute l'absurdité (folie dite avec conscience). Il est à remarquer que c'est un deuxième accès, le premier ayant été provoqué par une affection cutanée. Ici il y a complication d'alcoolisme. Le *pronostic* est bénin *quoad vitam*, mais il y aura récidive de cette obsession ou d'une autre après guérison de cet accès, surtout si l'alcoolisme se développe de nouveau. Le terrain est mauvais : c'est celui du déséquilibre mental. Le malade est sorti guéri de cet accès et de la tendance à boire, grâce au *traitement* : repos, isolement, suralimentation et douches froides (1).

Mélancolie. — L'H... est triste, sa physionomie et son attitude expriment à la fois la tristesse et la résignation; elle est docile, et reste affaissée dans son lit où on la confine pour le traitement. Elle ne parle pas à ses voisines. Quand on l'interroge sur les causes de sa tristesse, elle répond à voix basse, lente, monotone, qu'elle ne peut plus travailler, car elle ne comprend pas ce que sa patronne lui explique. Sa famille va tomber dans la misère, elle est bien coupable : « Je suis perdue, autant en finir; je ne peux pas prier; si j'avais continué d'accomplir mes devoirs religieux, je ne serais peut-être pas comme cela, c'est le bon Dieu qui me punit. » Les renseignements montrent que, environ dix mois avant son entrée à la Salpêtrière, elle était très fatiguée et avait été soignée pour « chloro-anémie »; à cette date elle a une violente émotion causée par la mort d'une voisine; elle devient triste, « a des idées noires, » puis cesse peu à peu de travailler; elle maigrit et devient de plus en plus morne, inerte, restant des journées affaissée sur sa chaise, plongée dans sa tristesse; elle commence à émettre des idées maladives : « Quand je serai morte, quelle délivrance! je veux en finir; j'ai peur de la misère. » Enfin, six semaines avant son entrée, elle fait une tentative de suicide à moitié exécutée : elle se fait une égratignure au cou avec un couteau, mais s'arrête d'elle-même. Cela avait lieu pendant la nuit, et le matin elle montre l'égratignure à sa famille.

(1) J'ai appris qu'il était revenu à Bicêtre deux ans après sa sortie et qu'il y était mort en quelques jours d'alcoolisme suraigu.

Quelque temps auparavant elle avait dit, en parlant de suicide : « Je suis lâche, je n'aurai pas le courage de le faire. »

Diagnostic. — Accès de mélancolie. L'aspect et la mimique révèlent la tristesse, l'humilité, la résignation de la malade. Cette émotion triste accompagnée d'affaissement du fonctionnement intellectuel, d'inertie motrice, est le fond sur lequel germent les idées monotones d'auto-accusation, de punition méritée, de désespérance, de perdition, révélées par le langage dont la mimique est en accord avec le contenu. Ce dégoût de la vie, « autant en finir, » a amené une tentative de suicide que l'affaiblissement de la volonté n'a pas permis de mener jusqu'au bout. L'état somatique accuse une dénutrition et un amaigrissement, qui sont le pendant de l'état psychique et probablement sa condition. L'âge de la malade, une trentaine d'années, fait porter un *pronostic* relativement favorable, bien que le traitement ait été bien tardif. Le suicide est pourtant à craindre. Mais une récidive sera à prévoir en cas de guérison de cet accès. *Traitement* par le repos au lit, l'alimentation reconstituante et copieuse. Surveillance minutieuse.

Folie systématisée de persécution avec hallucinations. — Lebl... est un homme de plus de cinquante ans, dont il est difficile d'apercevoir le visage, sa tête étant recouverte d'un cache-nez qui l'entoure presque complètement. A part cela, à première vue, il ne présente rien de particulier et, quand on l'interroge, il répond d'un air sensé et avec des réponses correctes tant que l'on ne cherche pas à toucher une certaine corde, celle de la persécution. Il prend alors un air méfiant et nie obstinément entendre des gens qui l'insultent ou ressentir des secousses électriques. Pourtant, laissé à lui-même et observé de loin, il prend souvent l'attitude d'un homme qui écoute et il répond à haute voix à des interlocuteurs imaginaires. Il ne supporte pas qu'un autre malade vienne s'asseoir à côté de lui près du poêle et il crache à la figure de celui qui s'obstine à l'approcher ainsi. Si on l'ennuie trop, il a des réactions encore plus violentes et se met en colère. Quand on distribue le pain, il prend son morceau et va le laver à la fontaine. Enfin on peut (si on s'y prend à l'improviste) surprendre le malade plaçant sur ses dents et gencives une sorte de gaîne faite de pain ou de papier mâché, formant une carapace très dure. Il répond par des paroles vagues « qu'il se trouve mieux comme cela, que c'est contre le froid, pour maintenir du tabac dans ses dents creuses, que le pain est trop dur, » etc., à toute demande d'explications sur le cache-nez, le cache-dents et le lavage de son pain.

Diagnostic. — Il s'agit d'un cas typique de folie systématisée de persécution. L'aspect général normal (sauf le détail particulier du

cache-nez), les phrases correctes, indiquent une intelligence conservée, mais dont la déviation dans le sens de la persécution est révélée par la mimique méfiante, le cache-nez, le cache-dents, protections contre les effluves électriques que lui lancent ses ennemis (hallucinations de la sensibilité générale). — Les actes du malade viennent confirmer ce diagnostic; l'attitude hallucinatoire auditive révèle les hallucinations de l'ouïe; les dialogues, l'existence d'ennemis imaginaires; le lavage du pain, les soupçons d'empoisonnement (avec illusions du goût); les réactions violentes du malade indiquent qu'il voit en chacun un ennemi, un persécuteur : L... est un persécuté et un persécuté dangereux. On a appris d'ailleurs qu'il avait donné des coups de couteau à un passant, avenue de l'Opéra, et qu'il avait tiré des coups de revolver sur d'autres qu'il accusait de lui nuire, et l'on sait par les examens antérieurs qu'il a des hallucinations nombreuses et un délire systématique très étendu. Enfin la façon dont il répond indique la réticence si fréquente dans ce genre de folie. C'est un aliéné *chronique* et *incurable*. Le *traitement* est nul.

Hébéphrénie (Folie discordante) à la période de démence, « Démence précoce » (1). — Pon... est un jeune homme d'environ vingt-huit ans. Il a toujours la tête baissée, il est nu-tête, débraillé, le pantalon déchiré. Il marmotte tout bas des paroles incompréhensibles en regardant de côté; lorsqu'il se promène, il marche d'une façon saccadée, à petits pas, en marquant un temps d'arrêt comme s'il ne pouvait détacher le pied du sol. Il renifle fréquemment en relevant les sourcils d'une façon niaise et étonnée. Souvent il reste couché par terre dans la cour. On est obligé de le pousser pour le faire lever et pour sa toilette ; il mange gloutonnement. Avant de se coucher, il fait invariablement pendant cinq minutes une marche en avant, puis à reculons, à côté de son lit, enfin il se met dans son lit, à croupeton. Il ne parle à personne, regarde à peine son père quand celui-ci vient le voir, ne fait rien et est complètement indifférent à tout. Si on l'interroge, il garde la même expression vide et un peu niaise; il a des mouvements stéréotypés des bras et répond à voix basse, rapide, avec tic aspiratoire entre chaque mot. Il a conservé un souvenir encore assez précis des faits qui ont motivé son entrée, il est à peu près orienté dans le temps et l'espace, mais il donne des réponses incohérentes et incompréhensibles ou extrêmement vagues à beaucoup de questions. Il a tenté de se suicider au début, il y a dix ans; il explique que « il s'est donné un coup de rasoir au poignet pour faire une sinôse. » Comme on lui demande s'il avait des souffrances, il répond : « Je restais un peu closé pour injection de sérum,

(1) Le mot de « démence précoce » entendu dans le sens de Kraepelin est tellement passé dans les habitudes, quoique mauvais, que je l'emploierai parfois comme *à peu près* équivalent de *folies discordantes*, terme que j'adopte pour ma part.

cause de chaleur et de dilatation. » Il n'a pas d'idées délirantes. Il y a environ dix ans qu'il est tombé malade et huit ans qu'il est à Bicêtre, à peu près sans changement depuis que je le connais.

Diagnostic. — Hébéphrénie (une des formes de la « démence précoce » de Kraepelin), un des types, à la période de démence, du groupe des folies discordantes. Ici encore, c'est sur l'aspect, la physionomie, la mimique, les gestes (stéréotypies), les actes que s'appuie le clinicien pour faire le diagnostic, en concluant de ces signes extérieurs à la démence intellectuelle, à l'indifférence émotive et sentimentale, à la perte de toute activité coordonnée, remplacée par des gestes automatiques sans signification actuelle, dits stéréotypies, et l'attitude du malade, tant levé que couché, si spéciale. Le *pronostic* est, bien entendu, mauvais; le *traitement* purement hygiénique.

Remarques générales. — Nous venons de voir *quelques-uns* des types cliniques principaux, parmi les plus nets et parmi ceux que l'on rencontre le plus fréquemment: un délirant alcoolique, un confus, un délirant épileptique, un dément paralytique général, une démente sénile, un arriéré, un obsédé, un mélancolique, un persécuté systématique et un hébéphrénique. J'ai montré comment on établit le diagnostic et le pronostic en relevant les symptômes que nous fournissent le *premier aspect* et ensuite l'étude détaillée de la *mimique*, de la *mimique du langage*, du *langage* et des *actes*, et enfin de *l'état somatique*. Il faut insister sur ce point que nous ne constatons pas directement les altérations de l'esprit, pas plus que les détails de son fonctionnement à l'état normal. Mais, de même que nous jugeons ou croyons juger de l'intelligence, des sentiments et du caractère d'un homme par sa mine, sa mimique, ses discours et ses actes, de même à l'état pathologique nous concluons des signes « éjectifs », autrement dit de ce qui est pour nous *l'expression* (en son sens le plus général) à la chose exprimée. Seulement ici, ne voulant pas faire de psychologie pathologique proprement dite, mais seulement de la clinique, *je m'attacherai plus à l'expression qu'à la chose exprimée.* En tout cas, dans cette Introduction j'aurai tenté de donner une première idée de ces symptômes et syndromes, dont l'ensemble représente l'altération de l'esprit de l'aliéné, et une première idée de leur valeur sémiologique, car plusieurs de ces signes et groupes de signes se sont rencontrés dans différents

types morbides : la désorientation dans le temps et le monde extérieur chez le confus et l'épileptique ; le ralentissement intellectuel chez le confus et le mélancolique ; l'excitation intellectuelle chez le paralytique, etc. Nous avons constaté que plusieurs malades avaient des hallucinations de l'ouïe, de la vue ou d'autres sens, du « délire de rêve ; » plusieurs ont eu des idées délirantes de persécution, de grandeur ; l'un d'eux a eu des idées de culpabilité ; plusieurs ont fait des erreurs de raisonnement, de jugement, etc. On ne peut faire un diagnostic exact que si on connaît chacun de ces symptômes et syndromes et leur valeur sémiologique. C'est tout comme dans la médecine ordinaire du corps où il faut avoir étudié la science des signes physiques. C'est par l'étude de cette partie générale de la médecine mentale que nous allons continuer, mais en y apportant cette réserve importante et indispensable : si cette sémiologie est valable dans un bon nombre de cas, et alors nous permet de différencier des types cliniques à peu près délimités, il arrive trop souvent que, malgré une étude soigneuse d'un type, nous ne sachions vraiment pas à côté de quel autre le ranger. Nos connaissances sont encore bien précaires et incertaines, j'en préviens d'avance le lecteur avec franchise. J'aime mieux cela, comme je l'ai dit dans la Préface, que de lui offrir un schéma artificiel et illusoire qui lui rendra encore moins service qu'un aveu d'ignorance.

Tout ce que je viens de dire suppose une classification qu'il me faut maintenant exposer.

CHAPITRE II

CLASSIFICATION

SOMMAIRE. — Bases de la classification adoptée. Les types cliniques ne sont pas toujours assez nettement délimitables. On ne peut le plus souvent que décrire et non classer (Morel). Une classification ne peut être qu'imparfaite et provisoire. Tableau de la classification. Une remarque : comparaison avec une autre classification.

Je ne veux pas entrer dans une discussion préalable de pathologie générale et de « nosographie ». Je rappelle seulement que l'étiologie est la seule base sûre d'une classification des « maladies » ; mais y a-t-il des « maladies » mentales ? — Quoi qu'il en soit, de même que la « nosographie » ordinaire ne peut être faite qu'avec des principes assez éclectiques, parce que nous ne savons encore pas assez, de même en médecine mentale une classification ne peut être établie qu'en faisant comme on peut, approximativement, par suite de notre ignorance. En fait, il y a des troubles mentaux que l'on peut rattacher à des affections dont l'étiologie est connue : ainsi, pour prendre des exemples dans les types montrés plus haut à titre d'échantillons, le délire dit alcoolique est dû à l'intoxication chronique par l'alcool, et il a cliniquement des allures reconnaissables ; la paralysie générale est rattachable à la syphilis (bien qu'il y ait probablement d'autres facteurs nécessaires à son apparition), la démence sénile est due à une involution sénile exagérée de l'écorce cérébrale ; d'autre part, l'arriération mentale n'est qu'un symptôme ou syndrome lié à différentes altérations cérébrales infantiles encore peu connues, et la confusion mentale est aussi un syndrome lié aux modifications somatiques de l'épuisement dont l'étiologie est diverse. On voit donc que, parmi les troubles mentaux présentés comme types cliniques, il y en a qui paraissent liés à des troubles somatiques spécifiques, et d'autres qui ne sont que de modestes syndromes. Mais ne décrit-on pas en pathologie interne, à côté de la syphilis ou de la pneumococcie, le diabète qui, lui, n'est qu'un syndrome?

C'est déjà bien beau que l'on puisse rattacher un certain nombre de troubles mentaux à des affections somatiques ou à des modifications anatomo-pathologiques connues : la neurologie d'ailleurs ne peut pas prétendre être beaucoup plus avancée. — Donc, il y a des troubles mentaux que j'ai énumérés et dont quelques-uns ont par leur allure, leur marche et leur évolution, un aspect général qui permet de les élever à la dignité de *types cliniques* et qui sont liés soit à une cause spécifique, soit à une lésion somatique bien connue ou soupçonnée seulement, mais que l'on peut considérer comme la cause prochaine du trouble mental. Je range dans cette catégorie les troubles mentaux dus aux intoxications, infections, auto-intoxications, à l'involution sénile, à l'artério-sclérose, aux différentes affections du système nerveux infantile. J'y joins ceux, il vaudrait mieux dire une partie de ceux, consécutifs au traumatisme physique et moral (choc émotionnel), — bien qu'il y ait déjà des difficultés qui seront indiquées plus loin, — les troubles liés à l'épilepsie qui relève de lésions que l'on commence à connaître, enfin ceux de l'épuisement, mot qui indique un syndrome somatique dont la véritable nature nous échappe encore, mais qui est suffisamment caractéristique pour mériter une place à part. — A côté d'eux, il y a des troubles mentaux dont nous ne connaissons nullement l'étiologie réelle, ni l'anatomie pathologique, que l'on a voulu rattacher à ce que l'on appelle l'hérédité, la prédisposition, la dégénérescence, et pour lesquels il me paraît préférable, par prudence, de ne pas invoquer d'étiologie. D'ailleurs, si on invoquait celle-ci, si on rattachait ces troubles à la « dégénérescence », la logique voudrait, comme le remarquait Moebius, que toute classification rigoureuse fût impossible. Ici, c'est la clinique seule qui est notre guide, en attendant mieux.

Pourtant, on peut encore considérer comme formant des types cliniques assez distincts, classables, un certain nombre de ceux décrits sous le titre d'ensemble de déséquilibre mental, puis la manie, simple ou intermittente, la mélancolie acquise ou intermittente, les folies à double forme, les folies systématisées dans leurs différentes espèces. Mais les folies aiguës présentent déjà des difficultés. Le groupe que je décrirai sous le titre de *groupe provisoire* des folies discordantes peut-il être considéré comme bien délimité? Chacune de ces folies discordantes est-elle une espèce à part ou une forme d'un type unique, ainsi que Kraepelin *semble* l'admettre sous le titre de « démence précoce » (et encore

ici je mets résolument en dehors de cette « démence précoce », contrairement à cet auteur, toutes les folies systématisées)? Enfin comment faut-il considérer les quelques cas qui ne paraissent rentrer dans aucun des types précédents et que je mets, à la fin, dans un chapitre d'attente?

Il ne faut pas croire que c'est ma façon d'envisager la rédaction de ce livre et mon scepticisme qui me mènent à une classification que j'avoue si peu satisfaisante et provisoire. Kraepelin lui-même, que ses disciples français représentent comme un classificateur tranchant, ne l'est pas plus que moi : on n'a qu'à le lire. Sa classification est même rendue beaucoup plus incertaine par la description de la folie maniaque — dépressive, dont il vaut mieux d'ailleurs ne pas rappeler les vicissitudes diverses. — Je crois préférable de proclamer ce qui est : l'impossibilité d'une classification satisfaisante. Morel l'avait déjà dit, il y a cinquante-huit ans, puisqu'il voulait souvent se contenter de décrire. C'est du reste, pour cela que j'emploie le mot de type clinique qui ne préjuge rien.

Voilà succinctement ce qu'il me paraissait indispensable de dire pour faire comprendre le point de vue où je me place. On le comprendra mieux lorsque je reviendrai plus loin sur ce sujet et lorsqu'on lira la description des types cliniques dans la deuxième partie.

Le groupement et l'ordre de ces différents troubles dans la classification et le tableau ci-contre dépendent non seulement de l'étiologie, mais aussi de la commodité de l'exposition et de mes opinions personnelles sur la délimitation de tel ou tel type clinique. — Une des difficultés est l'existence de types mixtes ou hybrides, existence qui parait établie.

Je ne ferai figurer dans le *tableau* que les types cliniques principaux.

Strictement parlant, la terminologie est mauvaise, si l'on fait rentrer les troubles mentaux à leur rang dans la hiérarchie des symptômes. Ainsi par exemple, au lieu de délire alcoolique, on devrait dire alcoolisme avec délire hallucinatoire, etc. Mais, comme on se place au point de vue de la médecine mentale où l'important est le trouble mental, et par lui-même, et par ses conséquences tant individuelles que sociales, on peut et on doit dire délire alcoolique, démence alcoolique, etc. Ce qui ne m'empêchera pas de dire aussi paralysie générale, syphilis cérébrale, etc.. J'en préviens le lecteur; je le préviens aussi que je modifierai sur certains points la terminologie là où elle me paraît par trop défectueuse.

Tableau de la classification et des types cliniques décrits ou admis dans ce livre.

Troubles mentaux de cause externe ou interne reconnue

- **Intoxications.**
  - **Intoxications volontaires.**
    - Alcoolisme aigu... | Ivresse....
      - ordinaire
      - anormale, hybride.
        - délirante.
        - convulsive.
        - impulsive.
    - Alcoolisme chronique ....
      - Alcoolisme chronique.
      - Démence alcoolique.
      - Délire alcoolique hallucinatoire (delirium tremens).
      - Délire alcoolique hallucinatoire avec confusion.
      - Délire alcoolique de persécution.
      - Pseudo-mélancolie alcoolique.
      - Psychose polynévritique alcoolique de Korsakoff.
      - Hallucinations persistantes.
      - Folie systématisée alcoolique chronique.
      - Hybrides d'alcoolisme et de déséquilibre mental.
    - Morphinisme......
      - Morphinisme chronique.
      - Hybrides de morphinisme et d'autres intoxications.
    - Cocaïnisme.......
      - Cocaïnisme chronique.
      - Délire cocaïnique.
      - Hybrides.
    - Opiumisme....... | Opiumisme chronique.
    - Autres intoxicat[nos].
      - Ethérisme, chloralisme, caféinisme, théisme, haschischisme, etc.
  - **Int. n. volontaires.**
    - Saturnisme.......
      - Saturnisme chronique.
      - Démence saturnine.
      - Délire hallucinatoire saturnin.
    - Sulf. de carbone.. | Confusion hallucinatoire, coma.
    - Pellagre.......... | Intoxication chronique. — Démence pellagreuse.
- **Auto-intoxications.**
  - Génitales ....
    - Troubles menstruels, ménopause (?), grossesse, accouchement (c'est surtout de l'infection).
  - Surmenage aigu...... | Ivresse sportive.
  - Urémie............... | Délire urémique hallucinatoire.
  - Affections du cœur ....
    - Troubles divers.
    - Délire asystolique.
  - Diabète .... | Délire diabétique hallucinatoire, coma.
  - Cancer .... | Confusion cachectique.
  - Goitre exophtalmique. | Troubles divers.
  - Crétinisme............ | Idiotie crétinoïde.
  - Myxœdème............
    - Idiotie myxœdémateuse.
    - Myxœdème de l'adulte.
  - Insolation............ | Confusion hallucinatoire par insolation.
- **Infections.**
  - Délire fébrile banal d'origines diverses.
  - Délire infectieux..
    - grippal.
    - typhoïdique.
    - pneumonique.
    - érysipélateux, etc.
    - puerpéral.
    - innominé.
    - rabique.
  - Démence infectieuse.
  - Troubles divers de la tuberculose, etc.
- **Épuisement**
  - Délire d'épuisement (confusion mentale primitive).
  - Délire hallucinatoire simple.

TROUBLES MENTAUX DE CAUSE EXTERNE OU INTERNE RECONNUE (*Suite*)

Traumatisme.	Physique	Délire traumatique. Confusion traumatique. Stupeur traumatique. Coma traumatique. Pertes de souvenirs traumatiques. Neurasthénie traumatique. Hystérie traumatique. Démence traumatique. Déséquilibre mental traumatique, etc. Hybrides.
	Emotionnel..........	Types divers.
Epilepsie.	1° Troubles permanents.	De même origine : Idiotie, etc. Caractère épileptique.
	2° Troubles liés à l'accès.	Troubles prémonitoires. Auras. Perte de connaissance. Rêve de l'accès. Epilepsie procursive. Confusion consécutive. Troubles consécutifs.
	3° Equivalents psychiques...............	Confusion ou stupidité épileptique. Délire hallucinatoire épileptique. Fugue. Délire de persécution (hypocondriaque, etc.) épileptique. Pseudo-mélancolie épileptique. Délire mystique épileptique.
	4° Démence épileptique.	Ordinaire. Confusion chronique. Avec troubles somatiques.
	5° Turbulence épileptique infantile.	
Paralysie générale.	Paralysie générale.	
Syphilis. cérébrale.	Syphilis cérébrale. Syphilis cérébrale avec syndrome de Korsakoff seul.	
Démence artérielle.	Démence artério-scléreuse ou organique.	Avec hémiplégie. Avec aphasie. Pseudo-bulbaire.
Tumeurs cérébrales.	Tumeurs cérébrales..	Troubles variés peu définis.
Démence sénile.	Démence sénile.	
Arriération mentale.	Arriérations mentales (Idioties, imbécillités).	Avec syndromes moteurs. Sans syndromes moteurs. Syphilitique (et paralysie générale juvénile). Amaurotique familiale. Microcéphalique. Hydrocéphalique.. Myxœdémateuse. Mongolienne. Démentielle épileptique.

- Troubles mentaux de cause inconnue.
  - Déséquilibre mental...
    - Passions anormales (avarice, jalousie, etc).
    - Anomalies et perversions sexuelles.
    - Criminalité et délinquence.
    - Folie morale.
    - Manie raisonneuse.
    - Instabilité.
    - Fausseté d'esprit.
    - Folie raisonneuse.
    - Débilité mentale.
    - Neurasthénie mentale.
    - Obsessions.
    - Tics.
    - Impulsions.
    - Hystérie.
    - Anomalies diverses, audition colorée, etc.
  - Mélancolie............
    - Mélancolie acquise.
      - Simple.
      - Délirante.
      - Anxieuse.
      - Avec stupeur.
      - Chronique.
      - Folie systématique secondaire.
      - Démence mélancolique.
    - Mélancolie intermittente.
    - Démence mélancolique (de la forme intermittente).
  - Manie.................
    - Manie simple?
    - Manie intermittente.
  - Folie maniaque-mélancolique..............
    - A formes alternées.
    - A double forme.
    - Circulaire.
  - Folies systématiques ou systématisées chroniques primitives.
    - de persécution.
      - hallucinatoires.
        - Folie systématique de persécution pure.
        - Folie de persécution et de grandeur, type Lasègue-Falret.
        - Folie de persécution moins bien systématisée.
        - Folie de persécution avec possession.
        - Folie de persécution mystique.
        - Folie de persécution hypocondriaque.
      - sans hallucinations
        - Folie de persécution avec interprétation.
    - D'auto-accusation.
    - D'auto-accusation et de persécution.
    - Hypocondriaque.
    - De grandeur.
    - Mystique.
    - Érotique.
  - Folies systématiques secondaires.
  - Folies aiguës — Délire polymorphe. Délire d'emblée.
  - Folies discordantes (1) (démence précoce) *groupe provisoire*
    - Hébéphrénie.
    - Folie paranoïde.
    - Folie discordante verbale.
    - Catatonie.
  - Types cliniques d'attente.

(1) Ce groupe correspond *en partie* à la « démence précoce » de Kraepelin.

Remarque. — Je n'ai pas voulu exposer ni discuter les classifications des auteurs. Pourtant si l'on voulait, pour le contraste avec la mienne, se rendre compte de ce qu'est une classification théorique, on n'aurait qu'à se reporter à une communication peu ancienne de Ballet et Maillard (1) où ils proposent une classification dite rationnelle (1). Partant des « psychoses » de cause exclusivement extérieure, ils aboutissent à celles de cause exclusivement intérieure, prédisposition constitutionnelle, après avoir traversé les « psychoses » où il y a mélange des deux causes, l'influence de la première diminuant au fur et à mesure que croît l'influence de la seconde.

Plus hardis que moi, ces auteurs n'ont donc pas craint d'employer la notion jusqu'à présent si vague de prédisposition et, qui plus est, de doser cette prédisposition suivant les « psychoses ». Ils reconnaissent pourtant à peu près les mêmes types cliniques que moi (je n'ai pas trouvé dans leur classification les troubles épileptiques), mais les rangent autrement.

(1) Gilbert Ballet et Gaston Maillard. La classification des maladies mentales. — *Congrès de Budapest* (XVIe Cong. intern. de méd.) in *L'Informateur*, n°2, janvier 1910.

PREMIÈRE PARTIE

LES SIGNES. — LA SÉMIOLOGIE [1]

CHAPITRE PREMIER

LES ÉMOTIONS ET LA MIMIQUE ÉMOTIVE

Sommaire. — *La joie, le contentement, l'optimisme.* — Exemples tirés d'un alcoolique un peu anormal, mais où la joie avait une expression typique, d'un P. G. où elle est exubérante, d'un autre P. G. où elle est seulement du contentement; dans la manie, la joie n'est pas pure, et dans la folie discordante non plus. Elle est essentiellement caractérisée par la mimique faciale, à laquelle peut se joindre une mimique générale. Mimique du langage. Relation avec l'excitation intellectuelle, les idées de grandeur, l'agitation. Pour la valeur sémiologique, penser avant tout à la P. G., où elle est très fréquente, puis à la manie, l'alcoolisme chronique, parfois à l'affaiblissement sénile ou à la folie discordante.

La tendresse.

L'extase. — Relation avec les idées mystiques et la stupeur.

La vanité.

Le mépris, le dédain, l'ironie.

La tristesse, le chagrin, la peur, l'inquiétude, l'anxiété, l'angoisse. — Le type de la tristesse chez le mélancolique. Son expression par la mimique, la mimique du langage, les gestes. Elle se rencontre aussi chez les épuisés, les P. G., les ramollis, dans la neurasthénie, l'hypocondrie, etc. L'*humilité* est surtout mélancolique. L'inquiétude est surtout le fait du névropathe, du neurasthénique. L'anxiété et l'angoisse se trouvent avant tout dans la mélancolie anxieuse. *Raptus melancolicus.* Accès d'angoisse chez les neurasthéniques. — Expression extérieure de l'angoisse. La peur est surtout due à l'intoxication alcoolique. Ses conséquences : meurtre ou suicide. Craintes obsédantes. Réactions intellectuelles de ces émotions tristes, variables avec leurs nuances; réactions motrices variables. L'émotion triste, primitive, secondaire. Relations avec les idées délirantes.

(1) J. Séglas, art. Sémiologie des affections mentales, *in Traité de Pathologie mentale* publié sous la direction de G. Ballet, Paris, 1903. — J. Séglas, *Leçons cliniques sur les maladies ment. et ner.*, Paris, 1895. — Dupré, art. Psychopathies organiques, *in Traité* de G. Ballet. — J. Rogues de Fursac, *Les écrits et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales*, Paris, 1905 — E. Morselli, *Manuale di Semejotica delle malattie mentali, 1er vol., 2e éd, Milan, 1898* ; *2e vol., Milan, 1894.* — M. Fuhrmann, *Diagnostik und Prognostik der Geisteskrankheiten*, Leipzig, 1903. — Ziehen, *Psychiatrie*, 3te Auflage, Leipzig, 1908. — Raecke, *Grundriss der psychiatrischen Diagnostik*, 2te Auflage, Berlin, 1910. — Dans le courant de cette première partie, on trouvera quelques autres indications bibliographiques destinées à compléter celles-ci.

2.

La méfiance. — Surtout chez le persécuté.
La colère.
La haine.
L'excitabilité et l'instabilité émotionnettes. — A un faible degré se rencontrent chez les névropathes, les neurasthéniques et les ramollis. C'est la caractéristique des états maniaques avec l'exagération d'*amplitude* émotionnelle permanente.
L'indifférence émotive. — Partielle chez les malades avec idées délirantes ou émotions pathogiques ou confusion; totale ou presque chez les déments et aussi souvent dans les folies discordantes. Absence de mimique partielle ou totale.
La mimique, la mimique du langage et les émotions. — Mimique absente avec émotion (?). Stupeur. Renvoi à l'article Stupeur.
Mimique apparente sans émotion. Surtout dans la folie discordante catatonique.
Mimique exagérée. Surtout dans l'hystérie.
Mimique incomplète. *Masque du débile.*
Mimique discordante. Surtout dans les folies discordantes.
Fausse mimique par lésions nerveuses ou autres.
Rapport des émotions entre elles.
Les émotions et les actes.
Le rire, le sourire et les larmes.
Les émotions et l'intelligence (courant de pensées, idées délirantes). — L'émotion (comme le sentiment) est probablement la source la plus ordinaire des idées délirantes.
L'émotion pathologique. — Quand est-ce qu'une émotion est pathologique ? Toutes les émotions de l'aliéné ne sont pas pathologiques. Motifs, éveil, ampleur, durée de l'émotion.
Emotion et sentiment. — Leurs rapports.

Joie, contentement, optimisme. — Gard... est conduit dans mon cabinet; sa figure exprime la joie, il sourit, ses yeux brillent ; ses mouvements sont incessants ; il ne tient pas en place ; il va, vient, se lève, regarde en haut, en bas, à gauche, à droite ; il s'agenouille, se relève, prend mille attitudes passagères et diverses de joie, de contentement, d'extase. Il parle sans cesse ; le ton de son langage est grandiloquent, expressif au plus haut degré, il déborde d'émotion même quand le contenu est banal ; quelques idées de grandeur, de richesse, de bonheur se font jour au milieu du bavardage. Ce bavardage révèle la *fuite des idées*, l'*excitation intellectuelle*, la *fragmentation de l'attention* qui ne se fixe que pour un instant sur tout ce qui la sollicite. Mais par moments, il est vraiment *incohérent*. Quand l'accès d'exaltation fut fini, G... nous a dit qu'il avait nagé dans le *bonheur*, dans la *joie* et qu'il se souvenait de cette période de sa vie comme de la plus heureuse. Je ne parlerai pas des autres symptômes qui indiquèrent que G... était un alcoolique : le délire de rêve qu'il avait présenté avec idées de persécution bizarres, etc., ses antécédents et d'autres éléments du diagnostic.

Les caractères extérieurs de cette joie, « euphorie » des auteurs, étaient la *mimique* (1) dite joyeuse bien connue et une *mimique générale* d'expansion, d'exubérance, d'*agitation motrice*, où les mouvements ont pour caractère d'être plus fréquents, exagérés

(1) Je suppose que la mimique, manifestation physiologique, est connue du lecteur. On pourra consulter : G. Dromard, *La mimique chez les aliénés*, Paris, 1909.

dans leur énergie, leur rapidité et leur durée, d'être plus faciles, plus diffus, plus variés qu'à l'état normal, en un mot ce que les auteurs appellent « l'hypermimie ». Elle s'accompagne d'*excitation intellectuelle* avec *bavardage* (« logorrhée » des auteurs), soulignée par la *mimique du langage*, qui est ici expansive, dite « hypersémie ».

Le paralytique général Gai... est heureux. Sa figure exprime la joie, il rit, ses yeux brillent, sa parole est rapide, abondante et facile; le geste, tout est exubérant, et dans son expansion, il donne des poignées de main à tout le monde. Il est très souvent tellement agité qu'il ne peut rester tranquille même la nuit. Dans le jour, depuis quelque temps, il se livre à des exercices particuliers sur son lit; tout nu, sans draps, enveloppé dans sa couverture, il fait sans cesse des contorsions bizarres et quand on arrive près de lui, il laisse passer sa tête hilare hors de sa couverture; il vous adresse des discours (incohérents à cause de la démence) et allonge le bras nu pour vous tendre la main. Si on lui demande s'il est content, il répond avec exubérance qu'il est très content; mais on ne constate pas actuellement de délire de grandeur bien marqué dans ses paroles.

Nous voyons ici encore un type de joie pathologique qui se traduit à peu près avec autant d'intensité que chez notre premier malade Gard... ; elle s'accompagne d'*excitation intellectuelle*. L'*aspect extérieur* spécial de Gai..., l'*incohérence* de ses gestes et de ses paroles relèvent de la *démence*, comme nous le verrons plus loin.

Le paralytique général Dor... E. est souriant, content; malgré un achoppement fréquent, il parle facilement, il raconte qu'il va monter plusieurs usines avec cent mille ouvriers; il gagnera des millions.

Ici la joie encore bien marquée par la *physionomie* seule et un peu d'*exubérance du langage;* elle ne s'accompagne ni d'agitation, ni d'expansion, ni de bavardage; mais il y a du *délire de grandeur* en relation avec elle.

J'ai vu autrefois à la Salpêtrière des maniaques, purés ou intermittentes, qui avaient par moment tous les caractères extérieurs présentés par Gard..., sauf l'incohérence vraie. D'après des auteurs récents le fond émotionnel de la manie serait toujours la joie. C'est inexact: différentes émotions peuvent se succéder par suite de l'instabilité émotive parmi lesquelles la joie peut tenir une plus ou moins grande place. Elle est le plus souvent mélangée.

Mitr... est un jeune Turc atteint de folie discordante hébéphrénique; il est presque toujours expansif depuis son entrée. Sa figure exprime la joie, bien que souvent aussi il se fâche ou se froisse et manifeste passagèrement de la malveillance. Tout l'accompagnement de la *physionomie* joyeuse est le même que dans le premier cas, mais à un degré beaucoup moins marqué ; le *bavardage*, qui n'est pas incessant, peut être interrompu ; le malade reste assis, tout en se tortillant un peu sur sa chaise. Enfin, chose importante, tenant à la folie discordante et non au symptôme joie, le langage est *incohérent* et renferme des *stéréotypies*. Il n'y a pas de délire de grandeur.

Résumé. — L'émotion joyeuse (le contentement, l'optimisme, l' « euphorie »), s'exprime donc par la *mimique faciale* ou même par une *mimique générale et expansive ;* les enfants et les animaux sautent, gesticulent, etc. Elle est en relation étroite avec l'*excitation intellectuelle*, avec les *idées délirantes de grandeur*, avec l'*agitation motrice*. Elle est pathologique, parce qu'elle n'est pas motivée (*primitive*) ou hors de propos, ou motivée par des idées délirantes (*secondaire*). Elle peut être d'une *intensité* et d'une *durée* excessive, amenant l'insomnie pendant de longs jours.

Valeur sémiologique. — En présence d'un aliéné joyeux, content, optimiste, « euphorique », il faut d'abord penser à la paralysie générale, puis à la manie simple, intermittente ou liée à la folie circulaire, enfin à la folie discordante (démence précoce) ou, dans quelques cas plus rares, dont Gard... est un exemple, à l'alcoolisme chronique (1) (et parfois cela peut donner lieu à des difficultés de diagnostic avec la P. G.) ou à l'affaiblissement sénile dont je ne rapporte pas d'exemple. En général, sauf dans la paralysie générale et les états d'affaiblissement intellectuel, la joie n'est pas pure. Le maniaque et même le fou discordant (dément précoce), pseudo-maniaque, est aussi malveillant et changeant. Cela peut servir au diagnostic. Certains névropathes sont joyeux de temps en temps sans motifs ou sans motifs suffisants; cela n'a pas grande importance. Le pronostic dépend de l'affection.

Tendresse. — Gard... le pseudo-maniaque déjà cité, entraîné par des associations d'idées, arrivait parfois à citer des noms féminins qui ravivaient des souvenirs amoureux. Sa figure alors exprimait la tendresse avec une finesse et une intensité remarquables.

Cet état passager n'a pas grand intérêt; je n'y insiste pas.

(1) On en trouvera un autre exemple, le malade Boi..., aux types cliniques.

Extase. — Sauv..., épileptique, a des paroxysmes psychiques pendant lesquels elle a du délire mystique. Elle s'agenouille, prie la Sainte Vierge avec ferveur; par moments, sa figure prend la *physionomie dite extatique*, elle a le regard tourné en haut, fixe, l'aspect d'être remplie de bonheur, les bras étendus en croix pendant le temps que dure la communication céleste.

Cet état de joie spéciale est en relation directe avec le *délire mystique;* je renvoie au paragraphe des *idées mystiques* dont l'importance *sémiologique* l'emporte sur celle de l'extase. Quand cet état est très intense, il aboutit à la stupeur (Voyez cet article).

Vanité. — Le nègre Lou... est un fou mystique avec idées de grandeur, d'ailleurs débile, et ordinairement réticent. Il réclame sa sortie avec véhémence et s'indigne qu'on le conserve ainsi enfermé. Un jour, il s'emporte et m'apostrophe, la *tête haute,* l'*air méprisant, le corps tout entier en extension* avec des gestes solennels; il se trahit immédiatement : « Vous ne savez donc pas à qui vous avez à faire ? Je suis un roi ! » Il est d'ailleurs aussi capitaine et il s'affuble d'une casquette revêtue d'une bande blanche pour marquer ce grade.

Cette vanité s'accompagne le plus souvent de *délire de grandeur* que l'on doit toujours rechercher et dont l'importance *sémiologique* sera étudiée en son lieu; elle se rencontre indépendamment de ce délire chez des déments et surtout chez des débiles (Voyez obs. Rich.).

Mépris, dédain, ironie. — Nous venons de voir que le nègre Lou..., est non seulement vaniteux, mais encore méprisant parfois pour ses interlocuteurs.

Mer..., une vieille persécutée avec hallucinations, du service de Falret, ne cessait d'accabler le médecin de ses sarcasmes. Elle suivait le chef de service en se moquant de lui, en l'appelant « mon cousin Papillon, le roi des gâteux, etc. ». La mimique et la mimique du langage de cette émotion méprisante sont trop connues pour que j'insiste.

Lec... est un persécuté persécuteur raisonnant que j'ai examiné autrefois à Bicêtre. Sa figure s'animait, ses yeux brillaient, les *traits méprisants* se marquaient avec une netteté frappante sur sa figure, quand le chef de service entrait à la Sûreté (1) où il se trouvait. Il faisait pleuvoir sans interruption sur le médecin les moqueries les plus outrageantes.

Cela est très fréquent et très caractéristique chez les persécutés, mais surtout chez les persécutés raisonnants et les maniaques raisonnants. Cette ironie se fait jour souvent dans les écrits de

(1) La Sûreté était un pavillon, spécial à Bicêtre, réservé aux dangereux.

ces malades. Elle peut se rencontrer en somme dans tous les états où il y a une excitation intellectuelle, primitive ou secondaire, assez légère pour ne pas troubler le travail intellectuel.

Tristesse et émotions voisines, chagrin, peur, inquiétude, anxiété, angoisse. — Cal... est profondément triste ; cela paraît sur sa figure où les plis du muscle frontal et du pyramidal du nez dessinent ce qu'on appelle l'*oméga du mélancolique*. Il reste assis sur sa chaise dans un coin, sans bouger, la tête penchée, les yeux baissés, ramassé sur lui-même, *en résolution*, *absorbé* dans sa tristesse et ses pensées. Il faut le pousser pour le faire manger, agir; car il est *inerte* et *passif*. Quand on l'interroge, il répond avec *lenteur*, *hésitation*, à voix *basse*. Il prétend être affaibli, fatigué ; il y a des choses qu'il ne s'explique pas bien, il croit pourtant qu'il a mal fait, qu'il est coupable et qu'on va le montrer dans Paris comme un criminel. Il a fait plusieurs tentatives de suicide. C'est un mélancolique (et un débile intellectuel aussi).

La tristesse se manifeste à nos yeux par la *physionomie* spéciale et la *mimique générale de concentration*, de *dépression*, la *diminution du côté moteur ;* les mouvements ont pour caractère d'être rares, diminués dans leur énergie, leur rapidité et leur durée ; ils sont monotones bien plus que dans la normale (« hypomimie » des auteurs). Elle s'accompagne de *stagnation intellectuelle*, de *rareté* du *langage* avec *mimique* du langage *dépressive*, dite « hyposémie ». La tristesse est l'émotion par excellence des mélancoliques. Elle peut s'accompagner parfois de larmes et de manifestation de *chagrin*, forme de passage à *l'anxiété*.

Dans un certain nombre de cas, cette tristesse s'accompagne d'un *arrêt* du fonctionnement moteur tel que la physionomie devient beaucoup moins révélatrice de l'émotion triste ; le malade a l'aspect de la *stupeur* (Voyez l'art. Stupeur).

La tristesse est l'émotion typique de la mélancolie, ai-je dit ; voilà pourquoi j'ai montré d'abord Cal..., mais elle peut aussi se manifester ailleurs comme on le voit par les malades suivants :

Moh... est un jeune étranger, débile mental, qui, à la suite de la révolution dans son pays à laquelle il a pris part, est venu à Paris. Il y a souffert et maigri et est devenu sombre, craintif. C'est un inanitié. Il est triste, déprimé. Il s'imagine qu'on veut l'empoisonner, qu'on va lui faire mal. Il pleure, se désole et demande qu'on le rassure humblement. Il manifeste un *chagrin* violent et un peu enfantin de sa situation imaginaire. Je n'insiste pas sur la mimique spéciale et les pleurs si caractéristiques. Mais en somme, il est à la fois triste, craintif, chagrin ; tout est mélangé, car toutes ces nuances d'émotion se touchent de près.

Guit... paralytique général, est triste et sombre ; il prétend qu'il ne dort pas,

qu'il est très malade et que c'est affreux (il dort parfaitement). Il finit par se lamenter et pleurer, il a du chagrin comme un enfant. Il a le langage très bredouillant et ses larmes et sanglots surajoutés le rendent comique et incompréhensible au plus haut point.

Yb... est un dément organique ramolli; la moindre allusion à ses malheurs le plonge dans un chagrin larmoyant et tout à fait exagéré.

Le neurasthénique est triste, souvent anxieux. Cela va avec son affaissement nerveux, sa difficulté à penser, à vouloir, à agir. Je ne fais que le mentionner ici (Voy. aux types cliniques), mais je rapporterai plus loin un cas d'angoisse simple qui peut se développer sur le terrain neurasthénique.

Zur... un hypocondriaque que j'ai vu autrefois, venait sans cesse rabâcher les mêmes plaintes sur son état de santé, d'un ton pénétré et lamentable. Sa physionomie était triste et préoccupée comme il sied à quelqu'un qui est atteint de maladies incurables.

Humilité. — Ce même mélancolique débile Cal... est non seulement triste, mais il est humble; il salue avec *douceur*, s'asseoit en *flexion* (1), il s'accuse avec *humilité*: il craint le châtiment et s'y soumet d'avance avec *résignation* tout en le craignant. C'est un sentiment qui se transforme en émotion quand Cal... est en présence d'un tiers, ce qui se manifeste par la *mimique*, *l'attitude*, les *paroles*.

Cette émotion est très près de la tristesse et se trouve chez les mélancoliques et quelques auto-accusateurs. Elle fait un contraste frappant avec l'attitude droite, hautaine, avantageuse des mégalomanes, vaniteux, et autres, imbus du sentiment de leur supériorité.

Inquiétude. — K..., névropathe et scrupuleux (psychasthénie légère), est toujours inquiet. Il se demande par moments s'il ne va pas recevoir une mauvaise nouvelle, bien qu'il sache qu'il n'en attend aucune. Il est pessimiste et voit toujours les choses par leur mauvais côté. Quand il doit faire quelque chose, il craint de ne pas arriver à temps, etc. C'est ce que l'on appelle un esprit inquiet, ou mieux un caractère inquiet. C'est déjà un peu anormal.

C'est cette inquiétude qui fait le fond de l'état mental du neurasthénique et surtout de l'obsédé. Elle est très voisine du doute; on en trouvera de nombreux exemples aux types cliniques.

(1) Beaucoup de malades s'asseoient sur le bord de leur chaise ou même ne veulent pas s'asseoir: tout est trop bon pour eux. Ils souhaitent d'être traités comme ils le méritent, c'est-à-dire mal.

Anxiété. — Le malade Vau..., mélancolique anxieux (1), est plus qu'inquiet; sa *physionomie* entière exprime l'attente de quelque chose, l'anxiété; il regarde à droite, à gauche de son lit (où il peut pourtant rester sous l'influence du laudanum à hautes doses); ses mains sur la couverture plissent et déplissent sans cesse ses draps. Quand on lui adresse la parole, il est plus anxieux que jamais; il répond après un long temps, péniblement, lentement, à voix basse, qu'il va lui arriver quelque chose : « Je crois qu'il va m'arriver malheur, j'ai les boyaux détruits; je suis coupable de quelque chose. » Impossible de rien obtenir d'autre que ces phrases, toujours les mêmes, prononcées toujours sur le même ton. Par moments l'anxiété s'est accrue jusqu'à l'angoisse, et a amené ce qu'on appelle le *raptus mélancolicus* avec tentative de suicide (Voyez plus bas p. 44).

Angoisse. — J'ai vu autrefois à la Salpêtrière dans le service du docteur J. Falret une grande mélancolique anxieuse, X... qui ne pouvait rester couchée. La physionomie exprimait le *degré supérieur de l'anxiété, l'angoisse*, à un degré frappant; elle ne *restait pas en place*, elle allait et venait en se tordant les mains, et *répétant* sans cesse sur un ton d'interrogation : « Mon Dieu, mon Dieu, qu'est-ce qui va m'arriver? » La *respiration* était haletante et sifflante. Il y avait là une *agitation* extrême, mais *spéciale*, bien connue à l'état normal de ceux qui craignent une mauvaise nouvelle, et qui fait vraiment partie de la mimique de cette émotion. Il y avait aussi de l'*excitation intellectuelle*, mais étroitement *limitée*, circonscrite à la *répétition* incessante, monotone, de la même interrogation douloureuse.

Emi..., est un neurasthénique gastropathe avec grosse dilatation stomacale. Il est pris de temps en temps, surtout au moment de s'endormir, d'accès d'angoisse de courte durée. Ceux-ci ne s'accompagnent pas d'obsession, mais sous leur influence le malade ne peut s'empêcher de se demander ce qui va lui arriver, tout en sachant fort bien que ce n'est qu'un accès d'angoisse. Une nuit cet accès fut très intense, accompagné de sensations bizarres et désagréables, indéfinissables, à la nuque et aux genoux.

Ces accès d'angoisse psychique s'accompagnent d'une sensation de constriction thoracique, d'oppression, bien connue, qui constitue le côté physique de cette émotion spéciale. D'autres malades ont des sensations autrement localisées. Ce sont là des accès émotifs sans idée délirante ni obsédante. D'autres fois l'angoisse accompagne des obsessions idéatives, par réaction contre elles (Voyez à Obsession).

Cette anxiété, cette angoisse s'exprime donc par une *physionomie* spéciale plus ou moins accompagnée d'une *mimique* que les auteurs classent dans « l'hypermimie », mais qui diffère de celle de la joie par une moindre *amplitude*, une *monotonie* plus grande des gestes et par certains gestes *répétés* (bien connus en petit des candidats à l'internat au moment du concours, dont les plus nerveux vont et viennent, se mordillent la moustache,

(1) On lira l'observation complète aux types cliniques.

sont atteints même de « pollakiurie », etc.); *la mimique du langage* est aussi particulière et due en partie aux troubles respiratoires (avec troubles du rythme cardiaque et du pouls); elle est classée dans « l'hypersémie » comme celle de la joie, mais ne lui ressemble pas. L'anxiété s'accompagne d'excitation intellectuelle *différente* de l'excitation intellectuelle de la joie, car elle ramène sans cesse les mêmes idées ; enfin elle peut s'accompagner d'un *bavardage* naturellement *circonscrit* à des répétitions monotones, si caractéristiques aussi généralement par leur contenu.

Une des conséquences possibles de l'angoisse est ce qu'on appelle le *raptus melancolicus*, pendant lequel le malade peut commettre le suicide ou des actes de violence contre autrui (voyez ces articles). On peut s'expliquer ces actes par l'intensité de la douleur morale et physique qui atteint subitement un haut degré et vainct l'inertie du patient.

Peur. — Le malade Poi... est atteint de délire d'auto-accusation et de persécution avec accès d'anxiété et de peur (1). « Il m'a semblé, dit-il, que le personnel de la maison où je travaillais avait de la haine contre moi, qu'il ne me parlait pas comme d'habitude..... Il y a eu des « arrière-conversations »... J'ai été « influencé » bien des fois; on ne m'a pas frappé, mais j'ai eu des frayeurs. » Il ajoute qu'il dégageait une mauvaise odeur, etc. « A Sainte-Anne, j'ai vu des hommes qui m'entouraient et qui me voulaient du mal ; aussi j'ai voulu me suicider ... Je me méfie de tout le monde (le malade se met à sangloter); j'ai le cerveau malheureux, j'ai toujours grossi les choses. »

La peur peut donc avoir le même effet que l'angoisse et mener au suicide. Mais elle peut mener aussi au meurtre, comme par exemple chez l'alcoolique, qui tue aussi bien qu'il se suicide. Il est vrai de dire qu'il y a plusieurs mécanismes différents qui commandent ces réactions violentes, irritabilité, terreur, etc. Et il faut ajouer aussi que, surtout chez l'alcoolique, la peur commande d'abord la fuite. En somme, au point de vue du danger que l'alcoolique présente pour lui-même et les autres, cette peur a une grande importance pratique. Elle en a aussi au point de vue du diagnostic.

La peur, l'angoisse, l'anxiété, l'inquiétude sont des émotions extrêmement voisines qui naissent dans un système nerveux affaibli comme dans la mélancolie, la neurasthénie, les infections

(1) Très vraisemblablement sous l'influence de l'alcool ou d'une auto-intoxication, car il avait des signes de catarrhe gastro-intestinal.

et les intoxications, surtout l'alcoolisme. Dans cette dernière affection, c'est la peur qui se présente le plus souvent en relation avec les hallucinations terrifiantes, bien connues. Le chagrin est très apparenté à ces émotions; mais il indique plutôt l'affaiblissement intellectuel congénital ou acquis.

Crainte obsédante. — Certains neurasthéniques ou psychasthéniques sont obsédés par une peur plus ou moins systématisée à un seul objet (localisation de l'inquiétude, de la peur) : c'est ce qu'on appelle aussi une « phobie ». Par exemple, tel a peur d'avoir pris la vérole, tel autre craint d'avoir empoisonné quelqu'un par erreur. Je renvoie au chapitre Obsession pour en trouver des exemples. Quand l'accès est intense, il s'y joint une angoisse réactionnelle.

Doute. — Le doute est un sentiment intellectuel qui peut, dans certains cas, s'accompagner d'angoisse. Ce qu'on appelle la folie du doute est quelque chose de très voisin de l'obsession proprement dite à propos de laquelle j'en parlerai.

Résumé et valeur sémiologique. — J'ai compris dans l'émotion triste la tristesse proprement dite, le chagrin, la peur, l'inquiétude, l'anxiété, l'angoisse, parce que ces nuances sont souvent associées. Pourtant *chacune a son expression*, comme je l'ai montré. Mais toutes sont le plus souvent accompagnées de *dépression*, de *stagnation intellectuelle;* les dernières seules, au milieu de cette stagnation, paraissent entretenir une *excitation à caractères spéciaux*. Chacune a une *valeur sémiologique* et pratique particulière : la tristesse se montre plutôt dans la mélancolie ou la paralysie générale à forme pseudo-mélancolique, l'hypocondrie ou la neurasthénie; le chagrin (1), plutôt dans les états d'affaiblissement intellectuel; la peur, dans les délires dits « exogènes », comme je l'ai déjà indiqué; l'inquiétude, l'angoisse dans ceux-ci, dans la mélancolie anxieuse où elles forment le fond psychologique de l'affection, dans la psychasthénie et la neurasthénie où elles ont souvent des exacerbations systématiques avec des caractères spéciaux. La tristesse simple, le chagrin sont accompagnés d'affaissement intellectuel et moteur, de dépression, d'affaiblissement de la volonté (aboulie); la peur peut s'accompagner d'inhibition ou, au contraire, d'excitation spéciale, actes désordonnés ou coordonnés pour la fuite ou la défense ; l'inquiétude, l'angoisse sont suivies

(1) Il faut se garder de prendre un chagrin physiologique pour un signe de trouble mental; j'ai vu commettre cette erreur.

d'une excitation intellectuelle et d'une agitation motrice spéciales. Ces dernières émotions peuvent se rapprocher par leurs effets de la colère, comme cela a lieu dans le raptus, et avoir un effet excitant (dynamogénic) particulier. Enfin, elles sont en relations étroites avec les idées d'amoindrissement, d'auto-accusation, de persécution parfois, les idées hypocondriaques et de négation, les obsessions et l'état psychasthénique. Elles sont le contraire des émotions gaies que j'ai décrites auparavant, comme on peut s'en rendre compte en comparant les exemples donnés. Ces émotions sont pathologiques parce qu'elles ne sont pas motivées (primitives), ou que les motifs allégués sont imaginaires, ou motivées secondairement (secondaires) par des idées délirantes. Chez certains persécutés, par exemple, sous l'influence d'un développement en masse des hallucinations, il y a quelquefois des accès d'angoisse qui paraissent secondaires. Ces émotions peuvent être d'une intensité ou d'une durée excessive amenant l'insomnie pendant de longs jours.

Ces émotions tristes, surtout les déprimantes, sont en relation étroite avec le *sentiment de l'ennui*, avec l'inactivité, la dépression intellectuelle. Mais il ne faut pas confondre leur mimique émotive avec cette diminution de la mimique intellectuelle, traduisant au dehors cet ennui et cette stagnation intellectuelle qui peuvent exister seuls. Il ne faut pas non plus prendre la tristesse pour l'égarement (Voyez plus bas). Le pronostic des émotions tristes dépend de l'affection causale.

Méfiance. — Le persécuté Vig... est *réticent.* Il a toujours une attitude embarrassée et une *mimique méfiante*; il regarde de côté, à droite ou à gauche, comme s'il voulait éviter un piège, et presque jamais en face, ou alors à la dérobée : il répond évasivement, car il sait être en présence du médecin et ne veut pas donner barre sur lui par des réponses où il trahirait ses secrets.

Cette mimique très expressive, quand on la connaît bien, révèle le malade qui a des idées de persécution ou parfois mystiques, le plus souvent systématisées.

Colère. — Jol... est hercule de foire et souteneur, alcoolique. Lorsqu'il est trop saturé d'absinthe, il devient terrible. Il se met dans des colères folles; il a tué ou blessé plusieurs agents de police; il a arraché une oreille à l'un d'eux à coups de dents dans une de ces crises d'absinthisme aigu.

L'épileptique Lob... est en proie à un accès d'agitation prémonitoire d'un accès. On est obligé de le faire passer dans une cellule, de la chambre d'iso-

lement commune où il devient dangereux pour les autres malades. Cette mesure suscite sa colère; il se précipite sur les infirmiers pour les frapper. C'est alors une lutte acharnée pour se rendre maître de ce forcené qui, s'étant débarrassé de sa chemise, tout nu, offre une prise insuffisante aux mains des infirmiers. Il bondit, se roule par terre, frappe des pieds et des mains. Enfin, grâce à un renfort nombreux, on peut l'isoler dans une cellule où sa colère tombe rapidement.

Le paralytique général et absinthique Co... a toujours eu un caractère difficile et emporté. Depuis qu'il est dans le service, à la moindre contrariété il se met dans de violentes colères au point de trembler de tous ses membres et d'avoir quelques instants de mutisme complet. Une nuit, il saute de son lit et se précipite sur le chef veilleur pour lui donner des coups de poing. Sa colère tombe d'ailleurs aussi rapidement qu'elle est venue.

Les névropathes et les enfants candidats aux névroses ou déséquilibrés, certains idiots et imbéciles se mettent parfois dans de violentes colères ainsi que certaines femmes au moment de leurs règles.

Le maniaque intermittent Met... est depuis son nouvel accès si peu facile à vivre qu'il se met dans une vive colère dès que, dans la première cour, un malade a le malheur de lui résister. On est obligé de le faire passer aux agités.

Quelques maniaques se caractérisent surtout par une tendance constante à se mettre en colère (manie coléreuse).

Le persécuté Fay... entre dans mon cabinet et se plaint que mes « employés » l'aient tourmenté la nuit. Moi-même je lui fais mal dans les jambes et je lui fais tomber les dents. Il s'excite peu à peu tout en parlant ; il devient écarlate, les yeux lui sortent de la tête, il me menace du poing, me lançant, avec des éclats de voix, de grosses injures : « Gredin, pouffiard de Belgique, assassin, complice de la prêtraille », etc. Il sort en me promettant de me faire mon affaire et de me faire poursuivre par les tribunaux une fois qu'il sera en liberté. On entend encore les éclats de sa voix pendant qu'on le ramène de mon cabinet au service.

Le diagnostic est facile. La *mimique*, dite « hypermimie », est bien connue ainsi que les *actes* dits *réactionnels*. La *valeur sémiologique* est faible. La colère n'a d'importance qu'au point de vue pratique du danger que peut présenter le malade, surtout l'épileptique. D'où la conclusion qu'il faut toujours traiter les malades avec intelligence et les surveiller étroitement.

Haine. — Un médecin aliéniste avait l'habitude singulière, quand il passait la visite dans les cours, de faire ranger tous ses malades le long des murs et de leur adresser la parole en émaillant ses propos de brocards et en les traitant de fous. C'était, disait-il,

pour leur faire sortir leur délire. En réalité, le résultat obtenu était la colère chez quelques-uns, les plus irritables, qui cherchaient à se précipiter sur le médecin, et chez tous, particulièrement les persécutés hallucinatoires ou raisonnants et les gens peu endurants, le résultat était la haine, comme on pouvait le voir à leur mimique. Je n'ai pas besoin d'ajouter que, malgré les précautions prises, ce médecin eut à subir plusieurs attentats, de la part, il est vrai, d'individus qualifiés persécutés — persécuteurs, mais plutôt purement et simplement criminels. Les persécutés englobent assez souvent le médecin, même prudent, dans leurs persécuteurs pour que, comme ceux-ci, celui-là soit l'objet de leur haine. C'est ainsi que de nombreux aliénistes sont tombés victimes de leurs malades. J'avais dans mon service, à Bicêtre, un persécuté débile avec hallucinations, Gar...I. qui avait tiré, par vengeance de soi-disant persécutions, cinq coups de revolver sur le D[r] X., qui l'avait soigné plusieurs années auparavant. La haine est un des sentiments les plus fréquents chez les persécutés, et cela se comprend, car ils ne font que se venger des persécutions imaginaires subies.

Excitabilité et instabilité émotionnelles. — Il y a des gens, dans les limites de la normale, qui sont plus émotifs que d'autres, c'est-à-dire que chez eux l'*éveil* des émotions est plus facile (souvent « pour un rien »), l'*amplitude et la durée* beaucoup plus grandes qu'à l'ordinaire. Généralement, en même temps leur émotivité est *instable*. Ils se mettent en colère ou s'attristent et pleurent avec la même facilité. Cela se remarque surtout chez les neurasthéniques, où l'émotion joue un si grand rôle par le *choc* qu'elle produit et augmente la neurasthénie par un cercle vicieux difficile à rompre. On verra plus loin le rôle de l'émotion normale, surtout répétée, comme cause. Cette excitabilité pathologique est très grande chez certains déséquilibrés, chez les épileptiques qui se mettent dans une violente colère pour rien ; mais c'est chez les maniaques que ce syndrome est le plus développé, en même temps que *l'amplitude* émotionnelle reste *constamment exagérée : le maniaque est en état permanent d'émotion exagérée, quelle qu'elle soit ;* c'est là le fond de son état morbide, puisque dans les états légers de manie, c'est le changement de caractère, l'excitabilité et l'irritabilité émotionnelles presque seuls qui se manifestent. Je renvoie au chapitre Manie.

Indifférence émotionnelle. — Dans tous les délires toxiques et in-

fectieux, lorsqu'il y a stagnation ou arrêt du fonctionnement intellectuel en bloc, il n'est pas étonnant de constater de l'indifférence émotionnelle pour les choses normales de la vie ordinaire : il est inutile de s'y appesantir.

Cal..., ce mélancolique humble dont j'ai parlé, reçoit de temps en temps la visite d'un prêtre qui lui porte de l'intérêt et qui s'occupe de lui depuis longtemps. Lors de ces visites, la physionomie de C... ne change pas, n'exprime aucune émotion autre que celle de la tristesse, « hypomimie » et même « amimie ». On peut raconter ce qu'on veut devant lui : il est indifférent à tout, aux individus comme aux choses. Lorsqu'il parle de choses banales, son langage s'accompagne d'une mimique pauvre, « hyposémie ». Chez lui il n'y a plus place pour les émotions ou les sentiments *sauf l'émotion triste* qui l'absorbe et la crainte qui le poursuit d'être montré dans les rues de Paris en guise de châtiment. C'est une indifférence émotive et sentimentale partielle, bien que très étendue.

Beaucoup de mélancoliques constatent cette indifférence et se reprochent de ne plus aimer leurs proches de ne plus s'intéresser à leurs devoirs ; cette *apathie* consciente est souvent la source d'idées d'auto-accusation diverses.

Cet exemple suffit pour montrer que l'aliéné, occupé par une émotion pathologique ou par son délire (par exemple le fou systématique auquel toutes les émotions de la vie normale finissent par devenir étrangères), n'a plus d'émotivité disponible ou de sentiment disponible pour le reste qui ne l'intéresse plus. Cela a une certaine importance pratique, car la renaissance de l'émotivité et de l'intérêt en général est un signe de guérison ou de rémission tout au moins. On peut appeler cette indifférence l'*indifférence émotive distraite ou partielle*.

Zor... est un paralytique général que sa femme amène pour consulter, car il perd la mémoire. On discute avec sa femme sur les symptômes qu'il présente et, bien qu'à mots couverts, on fait comprendre à Mme Zor... la gravité de la situation. Le malade, lui, reste complètement indifférent, il ne demande pas d'éclaircissements sur sa maladie, il ne s'inquiète en aucune façon de ses pertes de mémoire. Il est totalement apathique et inerte.

Ici il y a physionomie vide (amimie des auteurs), « asthénie musculaire », résolution plus ou moins grande et gestes peu fréquents. La mimique du langage est pauvre, (« hyposémie » et même « asémie »), le langage rare et le fonctionnement intellectuel peu actif.

Cet ensemble très typique d'indifférence complète suffit. Cela se rencontre dans *beaucoup d'états démentiels*. C'est *l'indifférence émotive due à l'absence d'émotions*.

Dans le *masque de la démence* entre pour une part cette immobilité par absence de mimique émotive ; mais la mimique dite intellectuelle peut être, jusqu'à un certain point, conservée. J'en reparlerai à propos de la démence. Cette indifférence émotive est plus ou moins complète suivant le degré de démence et la forme.

La jeune Arj... est une « démente précoce » à forme simple hébéphrénique ; elle ne s'occupe spontanément à rien. On est obligé d'être derrière elle pour lui faire porter quelques objets dans le service. Elle ne manifeste aucun désir ; elle sourit toujours niaisement quand on lui demande si elle aimerait sortir, faire ceci ou cela ; elle répond invariablement qu'elle ne sait pas, et sa figure n'exprime aucune émotion, en dehors du sourire stéréotypé qui ne paraît correspondre à rien d'intérieur.

Même quand dans ce type il y a des idées délirantes, l'indifférence émotive persiste vis-à-vis d'elles. Cette indifférence est pour Kraepelin un des caractères de la démence précoce. Il ne faudrait pas s'en exagérer la valeur, car, comme nous le verrons, il me paraît que cette indifférence n'est ni si constante ni si étendue que le veut cet auteur. L'indifférence émotive partielle ou totale se rencontre aussi dans les délires alcooliques, infectieux, d'épuisement, etc. Elle n'y a pas vraiment de valeur sémiologique.

La mimique, la mimique du langage et les émotions. — Dans tout ce qui précède, nous avons considéré la mimique et la mimique du langage comme traduisant au dehors l'état émotionnel. Il n'en est pas toujours ainsi.

Mimique absente avec émotion (?) Stupeur. — Bot... est en état de *stupeur*. Ses paupières sont, quand on l'interroge, animées de battements assez rapides, et il respire alors précipitamment, mais les autres muscles du visage sont complètement immobiles. Quand sa femme est venue le voir, aucune émotion ne s'est peinte sur sa figure. On peut imprimer à ses membres des attitudes cataleptiques, etc. Il répond difficilement aux questions. Pourtant il semble qu'il soit plongé dans une sorte de délire de rêve, avec crainte d'être devant le juge d'instruction, crainte de compromettre quelqu'un, etc., bref avec émotion triste qui habituellement se trahit sur la figure des malades, tandis qu'ici il n'y a aucune expression de la physionomie.

J'étudierai plus loin le *syndrome stupeur*. Je me borne à signaler ici cette absence de mimique spéciale.

Mimique apparente sans émotion. — Il ne semble pas qu'il y ait un fond émotionnel aux discours que tient Ant..., dément précoce, tout à fait dément; parfois il débite des phrases complètement incohérentes avec un ton déclamatoire et convaincu très frappant qui, si on n'entendait pas les paroles, pourrait faire illusion. Sa physionomie dénote des émotions qui ne paraissent pas très profondes, si même elles existent.

Cette apparence d'émotion, marquée surtout dans la mimique du langage, est caractéristique surtout du syndrome que j'appelle *litanie déclamatoire*. Chez la jeune fille citée plus haut, le sourire satisfait et niais ne correspondait à rien.

Mimique exagérée. — Dans l'hystérie en particulier, il y a souvent une exagération considérable, théatrale, de la mimique émotive, qui rappelle celui de maint névropathe et aussi de maint simulateur.

Mimique incompléte. — Gouj... est un débile épileptique qui a de lui-même une haute opinion, et qui est rempli de bonne volonté pour tous les examens auxquels on le soumet. Il est très frappant de voir que toutes les émotions où le muscle frontal et l'orbiculaire des paupières doivent fonctionner pour animer la physionomie n'ont qu'une expression incomplète, parce que ces deux muscles restent à peu près immobiles. Dans l'attention, dans le rire, etc., la partie supérieure de la figure, dite partie intellectuelle, ne bouge pas.

Cette expression incomplète, émotionnelle et intellectuelle, caractérise le débile; grâce à elle, on peut reconnaître un de ces malades avant qu'il ouvre la bouche; c'est ce que j'appellerai le *masque du débile* (Voyez Débilité mentale).

Mimique discordante. — Mme L... est une folle discordante paranoïde; elle a un délire d'une incohérence, d'une mobilité et d'un polymorphisme invraisemblables. Si elle se met encore parfois en colère et s'excite à propos de ses idées de persécution, elle émet ses idées de grandeur ou ses idées d'empoisonnement et de mort, non pas avec indifférence, mais avec une mimique et un sourire ironiques *sans aucun fond émotif* qui font contraste avec la grandeur ou l'atrocité de sa prétendue situation.

Cette discordance entre la mimique, l'émotion et le délire est assez caractéristique de ces états dits « démence précoce » tout,

au moins de certaines formes, même sans démence réelle. Comme cette discordance se rencontre aussi dans d'autres manifestations de cette démence précoce, je préfère l'appeler folie discordante.

Fausse mimique. — Le pseudo-bulbaire Fos... est atteint de rire et de pleurs spasmodiques. Il est possible que cette mimique corresponde d'abord à un état émotif, mais ensuite cette mimique se prolonge presque indéfiniment sans état émotif bien marqué sous-jacent.

Un autre genre de *fausse mimique* peut se trouver chez le choréique, le tiqueur, le dément avec stéréotypies, ou avec *mimique stéréotypée* (Voyez plus bas à Stéréotypies), — chez l'épileptique au moment d'un accès convulsif, etc., le malade atteint de paralysie faciale, l'aphasique.

Le *masque immobile* du paralytique agitant ne doit pas être confondu avec celui de la démence ou de la stupeur ; celui du goitre exophtalmique avec celui de la colère, etc.

Enfin, il faut tenir compte de l'état de la peau, des muscles, des os de la face et des dents.

Rapport des émotions entre elles. — Comme à l'état normal, l'état émotif peut être complexe. Les exemples que j'ai donnés le montrent assez.

Les émotions, les mouvements et les actes. — L'émotion normale est en rapport étroit, non seulement avec la *mimique faciale*, mais aussi avec la mimique générale ; par suite, à l'état pathologique, avec les *troubles du mouvement*, agitation, dépression, suspension motrice, incohérence motrice, et les *actes;* bien plus étroitement avec les premiers qu'avec les seconds. Je n'insisterai pas. L'important pour le médecin non psychologue est de prévoir devant une émotion donnée, les actes possibles par exemple, le suicide ou le meurtre.

Le rire, le sourire et les larmes. — Ces manifestations motrices rentrent évidemment dans la mimique. Je les ai indiquées ci-dessus à propos de chaque émotion. Je n'en parlerais pas à part, si le sourire ne venait souvent souligner tout particulièrement, dans un bon nombre de cas de folie discordante, la *discordance* entre les paroles et la mimique ainsi que je l'ai montré dans l'observation de la jeune Arj... (p. 33).

Les émotions et l'intelligence. — Nous avons vu que chaque émotion paraît être en rapport avec une modification intellectuelle proprement dite, soit du courant de pensées, accélération,

ralentissement, arrêt, incohérence, obsession, soit du contenu de ces pensées, idées délirantes, hallucinations et illusions. Les liens paraissent plus immédiats entre l'émotion et la modification du courant qu'entre celle-ci et le contenu du courant. On doit admettre pourtant que le ton émotionnel et le contenu ont une action réciproque. L'émotion première amène des idées délirantes secondaires, ou inversement. Il est probable qu'il faut chercher dans l'émotion (ou le sentiment) l'origine de la plupart des idées délirantes qui n'en sont que le *symbole*. Comme je ne veux pas faire du tout de psychologie pathologique, je me borne à faire remarquer cette distinction (que nous retrouverons dans le paragraphe suivant) entre *l'émotion primitive* et *l'émotion secondaire*. Ici aussi le médecin doit savoir rechercher et prévoir les *réactions réciproques de l'émotion et du délire*.

L'émotion pathologique. — L'aliéné est capable, dans nombre de cas (surtout peu intenses), d'éprouver des émotions *normales* dues à des idées *normales;* l'aliéné n'est pas dépourvu constamment (tant s'en faut) du fonctionnement normal de l'intelligence (voyez plus bas le chapitre : *La raison dans la folie*). On peut dire aussi que des émotions qu'il ressent, liées au trouble mental, il y en a qui sont normales par un certain côté, quand elles paraissent être ou sont logiquement la conséquence d'idées délirantes, telle la colère ou la haine chez le persécuté qui s'imagine, par délire, que certaine personne est son ennemi. Elles sont dites *secondaires* ou *réactionnelles*. Elles n'en sont pas moins importantes pour cela. Enfin vient *l'émotion primitive* ou tellement liée aux autres manifestations qu'elles semblent nées ensemble. Celle-là paraît bien sortie de la manifestation organique inconnue encore trop souvent, qui constitue le fond vrai de l'affection mentale : ainsi le contentement, « l'euphorie » du paralytique général. C'est un des signes, un signe psychologique, du trouble somatique, lequel, à bien dire, seul, importe au point de vue pathologique. Mais à quoi reconnaît-on que cette émotion est anormale ? Cette question a son importance au point de vue pratique, quoique beaucoup moindre que pour les idées dites délirantes, pour lesquelles il est parfois bien délicat de décider si elles sont vraiment anormales ou non (*Voyez plus loin*). On peut dire qu'une émotion est pathologique si elle n'est pas motivée, ou si elle est motivée aux yeux du malade par des motifs qui sont manifestement le produit d'une imagination pathologique, si

cette émotion est hors de proportion comme *intensité* et *durée* avec les motifs, ou si elle est d'une *ampleur* et d'une *permanence* que l'on ne rencontre jamais à l'état ordinaire. Comme nous l'avons vu, cette émotion pathologique est le plus souvent entourée d'un cortège qui, lui, montre immédiatement sa nature morbide et dont il est impossible de séparer l'émotion.

Émotion et sentiment. — Je me suis bien gardé de chercher à définir l'émotion; je ne définirai pas davantage le sentiment. Le lecteur comprend à peu près ce que c'est par lui-même et je le renvoie aux ouvrages de psychologie pour en avoir des définitions précises. J'ai cru devoir faire figurer dans ce chapitre des émotions la tendresse, la vanité, l'humilité, la méfiance, la haine, qui sont plutôt considérées comme des sentiments, et dont je reparle brièvement au chapitre des sentiments. Quelle que soit leur nature et quelle que doive être leur véritable place, je l'ai fait à cause de la mimique qui les traduit souvent au dehors et nous permet de les reconnaître avant tout acte, ce qui les rapproche fort des émotions, dont certaines, comme nous l'avons vu, paraissent en rapport étroit avec elles.

CHAPITRE II

LES INSTINCTS, LES SENTIMENTS, LES PASSIONS ET LES ACTES

Sommaire. — *Instinct de conservation. — Faim et soif.* — Gloutonnerie des idiots et déments, faim exagérée des détraqués, etc. Absence de faim (anorexie) dans les affections aiguës; refus d'aliments chez les déments précoces, dans l'hystérie, etc. Perversion de la faim chez les idiots et déments. Envies des femmes enceintes. Passion de la boisson, l'ivrognerie, l'alcoolisme. Dipsomanie: probablement n'existe pas isolée. Un cas peu net de dipsomanie et de fugue chez un intermittent.

Propreté corporelle élémentaire.

Instinct général de conservation. — Actes de défense. Renvoi aux idées de persécution.

Auto-mutilations. — Dans l'idiotie, la démence, l'épilepsie, la folie mystique, etc., dans l'hystérie et le déséquilibre mental, chez les pervertis sexuels.

Plaisir de la douleur, « algophilie ».

Suicide. — Exemples nombreux tirés de presque tous les types cliniques. Fréquence chez l'enfant; dans l'alcoolisme, l'épilepsie. Causes psychologiques différentes suivant le type clinique. L'obsession « consciente » du suicide n'aboutit pas ordinairement.

Hérédité de la tendance au suicide.

Contagion.

Suicide et meurtre. Suicide détourné.

Persistance de la tendance au suicide. Ruses du malade.

Tentatives enfantines de suicide.

Simulation du suicide.

Instinct de reproduction. — Érotisme, salacité : vieillards, déments, idiots, intermittents, etc.

Onanisme.

Impuissance et frigidité.

Outrages à la pudeur. Exhibitionnisme surtout dans la P. G. Perte de la pudeur dans la P. G. chez la femme. Utilité pour le diagnostic.

Perversions sexuelles. Onanisme. Pédérastie. Tribadisme. Inversion congénitale. Sadisme. Masochisme. Fétichisme. Platonisme.

Instinct de la propriété. — Avarice. Prodigalité. Kleptomanie. Vol : le P. G. ; le voleur de profession.

Chiffonnage. Passions des collections.

Sentiments exprimés par l'activité journalière. — Suractivité presque normale au début de la P. G., rare. Diminution, paresse: chez les enfants, craindre la démence précoce. Perversions de cette activité.

Vagabondage.

Fugues. — Nombreux exemples tirés de presque tous les types cliniques. Fugue chez l'enfant. Songer à la mauvaise éducation et à la *mauvaise* famille. Causes

différentes de ces fugues suivant les types et dans un même type. La fugue non pathologique. Réunion de la fugue et du suicide, du crime.

Souvenir de la fugue. — Très important comme diagnostic. Importance médico-légale de la fugue. La désertion des militaires. La simulation.

Valeur sémiologique. — Suivant l'âge, bien qu'elle se rencontre partout, on doit songer avant tout à tel ou tel type clinique.

Sentiments familiaux.

Nostalgie.

Sentiments suscités par les rapports avec autrui, la société. — Très importants pour le diagnostic. Tableau des principaux d'entre eux avec leur valeur sémiologique la plus fréquente.

Remarque sur la vanité du mégalomane.

Remarques sur les sentiments d'opposition et de « négativisme ». Ils paraissent être tous des nuances d'un même sentiment fondamental ; motifs variés correspondant aux nuances, procédés variés pour manifester cette « humeur négative ». Exemples chez les fous discordants. Le langage évasif et à côté, le mutisme, les gestes, la mimique « fermée » et de mauvaise humeur.

Sentiments en rapport avec l'abstrait et l'idéal. — Sentiments religieux. Mysticisme et folie religieuse, fanatiques, etc.

Sentiments politiques et moraux.

Sentiments liés à la littérature, à l'art, à la science.

Je suis obligé de changer un peu le mode d'exposition pour ce chapitre. Les instincts, les sentiments et les passions sont très nombreux et nuancés, du moins pour les deux dernières catégories de tendances ; si tous ont leur place dans la symptomatologie des affections mentales, quelques-uns seulement ont une importance diagnostique suffisante pour que je les montre en action, comme je l'ai fait jusqu'ici, par les observations mêmes des malades, et encore ont-ils une importance bien plutôt pratique que sémiologique.

Je dois aussi faire une remarque : si on a raison de dire que l'on juge avant tout les sentiments par les actes, il ne faut pas non plus négliger les renseignements donnés sur ces sentiments par la mimique et le langage, bien qu'ici la mimique ne joue qu'un rôle effacé.

Instinct de conservation. — Faim, Soif. — L'imbécile Fra..., quand il peut saisir un morceau de pain, le fourre tout entier dans sa bouche. On est obligé de le lui extraire de force, car il va s'étouffer.

Bou... H., dément ramolli, est mort étouffé, malgré un traitement d'urgence (trachéotomie), par suite d'engouement consécutif à l'absorption d'un morceau de pain.

La pénétration d'aliments dans l'appareil respiratoire peut amener aussi seulement une broncho-pneumonie, comme l'on sait.

Cette *voracité* a donc son importance chez les idiots, et aussi

chez les paralytiques généraux, chez les déments en général. — La « boulimie » ou *augmentation de l'appétit*, est fréquente chez un certain nombre de déséquilibrés et de déments. *L'absence de faim* ou « anorexie » est d'une grande importance pratique chez les mélancoliques et confus ; il ne faut pas la prendre pour le *refus d'aliments*, « sitiophobie », qui peut tenir à des idées délirantes, à des idées fixes hystériques, au négativisme (Voyez p. 54), et qui a aussi une grande importance au point de vue du traitement. L'alimentation forcée ou l'isolement s'impose souvent. Les *perversions de cet instinct* sont aussi pratiquement importantes. De nombreux idiots, déments, paralytiques, mangent n'importe quoi, des ordures, des matières fécales (les leurs ou celles des autres), et boivent leur urine. Il faut donc les surveiller.

Je rappelle seulement les envies des femmes enceintes.

Quant à la *passion de la boisson*, à l'ivrognerie, elle a son importance dans la genèse de l'ivresse alcoolique et je renvoie au chapitre Alcoolisme.

Dipsomanie. — On a décrit comme existant à part une impulsion irrésistible à boire, surtout de l'alcool, qui représenterait une explosion intermittente de passion pervertie pour la boisson. Il est probable que cela ne se rencontre qu'à titre de symptôme lié à la folie intermittente ou à la folie maniaque-mélancolique, ou encore peut-être à l'épilepsie. Voici un fragment d'observation où cette dipsomanie *semble* un des symptômes d'une folie circulaire peu développée. Je donne cette observation sous réserve, n'ayant vu le malade qu'une fois. On pourrait aussi se demander si cela ne serait pas tout simplement de l'alcoolisme chronique?

Hui..., 36 ans, vu à la consultation de la Salpêtrière le 14 mars 1910.

Le début remonterait à trois ans. Brusquement, le malade avait ressenti comme une secousse électrique dans le bras et la jambe gauches, puis serait tombé à la renverse, comme s'il avait une syncope, mais sans pourtant perdre complètement connaissance; il a alors été soigné à Beaujon, chez M. Troisier, où on lui a fait une ponction lombaire qui n'aurait pas donné de résultats : il est resté quinze jours à Beaujon sans qu'on lui ait fait de traitement spécial. Puis il a passé trois mois dans un asile de convalescents.

Depuis, le malade s'est remis à faire des excès de boisson (vin blanc). Il en faisait d'ailleurs depuis une quinzaine d'années.

Actuellement il se plaint d'une grande dépression avec, en même temps, de l'énervement et de l'agitation pour la moindre cause.

Dans ses antécédents, on relève des convulsions avec paralysie du côté gauche à onze mois ; puis une crise de chorée à onze ans, de rhuma-

tisme articulaire à seize ans, à la suite duquel il a été repris d'une atteinte légère de chorée.

A parlé et marché de bonne heure. Vers six ou sept ans, il a eu une période dans laquelle il urinait parfois au lit.

Rétrécissement mitral.

Tentative de suicide en 1904. Il s'est jeté du haut du pont Baudin et s'est cassé la jambe, un bras et quelques côtes. Il se rappelle très bien les détails de cette tentative.

Actuellement il présente des périodes de deux ou trois jours où il fait la noce et boit, coupées par des périodes de dix à quinze jours de calme. Pendant les périodes où il boit, il est excité, ne dort pas et n'a peur de rien. Dans les périodes où il ne boit pas, il est déprimé et a peur de tout.

En 1905, il est parti de chez lui sans raison, parce qu'il faisait beau ; il est allé droit devant lui jusqu'à Roanne où il est arrivé au bout de dix jours. Entre temps, il s'est arrêté une journée à Nevers et a passé son temps à boire. Quand il est parti, il était dans une période de boisson.

D. — Comment avez-vous fait ?

R. — J'ai suivi le canal de l'Ourq et pris le canal de la Loire.

D. — Alors vous n'aviez pas l'idée d'aller à Roanne ?

R. — Non, j'ai suivi le canal ; il m'a conduit à Roanne, là il s'est arrêté.

Le malade n'est jamais ivre à proprement parler.

Propreté corporelle élémentaire. — Cet instinct est diminué ou aboli chez les idiots, imbéciles, déments de tout ordre. Chez un homme fait, la négligence des soins élémentaires se produisant sans cause doit toujours faire rechercher une affection mentale, surtout la paralysie générale.

Instinct général de conservation. — Actes de défense. — Particulièrement chez les persécutés il y a des *actes de défense* reliés aux idées délirantes dont la manifestation est parfois une grande ressource pour le diagnostic. J'en parle plus loin.

Automutilation. — Elle se rencontre dans l'idiotie, les démences, à froid ou sous l'influence de la colère, dans l'épilepsie par colère, chez les mystiques sous l'influence d'idées délirantes, dans la folie discordante parfois, plus rarement dans les délires de cause externe. Très rare est l'auto-mutilation hystérique ou du déséquilibré (cas exceptionnel de Dieulafoy). Certains pervertis sexuels s'infligent des sévices à eux-mêmes pour augmenter ou se procurer la jouissance sexuelle (Voyez plus bas aux Perversions sexuelles).

Plaisir de la douleur (Algophilie). — Quelque chose de très voisin de cette perversion sexuelle est le plaisir de la douleur que recherchent quelques détraqués. Ainsi certains morphinomanes prennent un plaisir spécial à la piqûre même de la seringue.

Perte de l'instinct de conservation. — Suicide. C'est le plus important des troubles de cet instinct.

L'alcoolique Bar... entre avec de l'albumine dans l'urine, du subictère, du tremblement des mains. Il n'a pas de troubles hallucinatoires actuels; mais il avoue qu'il a fait deux tentatives de suicide avant d'entrer. Il a voulu se jeter dans la Bièvre; voici comment. Ce jour-là, il va chez l'épicière du coin; il saisit le couteau pointu à couper le pain; l'épicière lui disant de laisser là ce couteau, il répond qu'il y a trois hommes qui le guettent à la porte pour l'assassiner, et il lui dit qu'il ne la reverra plus. Il sort et va en courant pour se jeter dans la Bièvre. On arrive juste à temps pour l'empêcher. Le même soir, à huit heures, il se déshabille à moitié et il sort se jeter dans le puits de sa cour, d'où on l'a retiré à grand peine. Il a fini par avouer ces tentatives après de nombreuses réticences. Il a des idées de persécution et de jalousie; il a fui sous l'influence de la peur et, comme Gribouille, a voulu se tuer de peur d'être assassiné.

L'épileptique Roug... a quelquefois des paroxysmes psychiques, mais, sauf le dernier, toujours inoffensifs. Un jour qu'il était chez ses parents, il a été pris d'un accès psychique avec agitation et excitation; s'emparant d'un rasoir, il s'est couvert de mille blessures qui amenèrent la mort immédiate. Je n'ai pu avoir d'autres renseignements.

Chez d'autres épileptiques en proie à des visions terrifiantes, à une angoisse extrême ou à une colère aveugle, on peut voir l'instinct de conservation céder à la peur, à la douleur ou à la colère. Dans ce dernier cas, le malade tourne sa rage contre lui-même.

Le *paralytique général* Hou..., avec idées d'auto-accusation, et le P. G. Tou..., avec idées hypocondriaques font tous deux des tentatives de suicide.

Il ne faut pas confondre ces tentatives avec les *accidents* qui arrivent au P. G., parce qu'il ne se rend plus un compte exact de ses forces et qu'il se croit capable de tout.

Thu... est un homme de soixante-deux ans, ayant de la débilité mentale avec affaiblissement mental probablement artério-scléreux; depuis six ou sept ans. sa famille constate que cette intelligence baisse, bien qu'il n'ait jamais fait d'excès de boisson. Il y a trois ans, il a perdu de l'argent. C'est alors qu'il a commencé à délirer; il croyait que tout le monde le poursuivait et qu'on l'accusait d'un meurtre célèbre à Bois-Colombes (c'est un assassinat réel qui a occupé les journaux il y a quelques années). Il ne dort plus; il refuse de manger, il se persuade qu'il a commis le crime et tente de se tuer. Dans le service il reste constamment couché; dès que quelqu'un passe auprès de son lit, il se met à geindre, à se défendre d'avoir tué la veuve Tussaud; pourtant on

va l'envoyer au bagne. « Quel malheur, un si brave homme aller au bagne! et ma pauvre femme! » Il pleure de temps en temps — son niveau mental est affaibli. — Il continue à ruminer ses projets de suicide. Effectivement une nuit, il va aux W. C. Le veilleur le regarde de loin et le croit en train d'uriner. Il s'était pendu, les pieds touchant le sol.

Chez des idiots et des imbéciles ou arriérés, on voit aussi des accès de colère amener des tentatives de suicide.

Jour... est un *débile* de vingt-six ans, nominalement employé de commerce, mais en réalité bon à rien, né à huit mois, ayant marché, parlé, fait ses dents en retard, et ayant eu des convulsions à dix-huit mois. Il a une instruction très médiocre, bien qu'il ait une belle écriture et de l'orthographe. Il est toujours sombre, soucieux, très religieux. Il s'est marié, il y quelques mois, bien que sa mère le trouvât trop chétif; il ne pèse effectivement que quarante-six kilogs et a été réformé. Sans qu'il puisse dire pourquoi, il a eu, il y a quelques jours (six jours avant son entrée à Bicêtre), « un moment de découragement, d'ennui ». Il part de chez lui, errant dans les rues, mais couchant à l'hôtel, et enfin, au bout de quatre jours, il va pour se jeter dans la Seine; le courage lui manque au dernier moment. « Je n'avais aucun motif, dit-il, je suis marié depuis trois mois, je suis très heureux depuis mon mariage. » Pas d'alcool, pas d'obsession proprement dite, on pourrait presque dire rien que la sottise. Voici d'ailleurs la lettre qu'il écrivait à sa femme en quittant le domicile conjugal :

« Oh! chère petite Louise, douce mignonne épouse et compagne. Oh! toi « que je désirais toujours tenir par la main et mener au ciel par le soutien de « la vertu.

« Oh! toi, chère petite mimi chérie pour qui j'ai tant pleuré et souffert, « lorsque dans tes mains sera cette carte, hélas! mon pauvre corps reposera « sur les dalles de la Morgue, tandis que mon âme, pauvre âme, souffrira dans « les atroces horribles d'une torture environnée des plus fortes flammes de « l'enfer. Oh! aie toujours confiance en ta sainte religion et dans la sainte « communion bien souvent sans cesse; oublie-moi vite et sois heureuse ou « seule ou avec un autre chéri. J.... »

Gou... est un de ces nombreux *déséquilibrés instables*, comme il y en a tant, changeant de ville et d'emploi à chaque instant. Il a eu peut-être (à la suite d'excès de boisson) une crise épileptiforme, et il cherche souvent dans le vin et les alcools un remède aux ennuis que lui cause sa situation souvent précaire due au manque de travail : il s'avoue lui-même *alcoolique*. Il a fait plusieurs tentatives de suicide, s'est tiré un coup de revolver, a pris du laudanum, etc. Enfin il s'est placé lui-même une fois dans les asiles. Cette fois-ci, il redemande son internement, hanté de nouveau par l'*obsession* du suicide. Voici comment il raconte la tentative où il a usé du revolver : « Il me semblait qu'il y avait des barres de fer qui me traversaient le cerveau; alors je me suis dit : tu vas quitter la terre, tu seras soulagé; j'ai résisté d'abord, mais j'ai fini par me tirer le coup de revolver... Ces idées me venaient quand une contrariété venait. Je luttais : tu ne le feras pas! C'est une guerre que je me faisais à moi-même.... Quand j'avais lutté comme cela, je restais un moment, puis ça reprenait de plus belle.... Je n'étais plus moi et je me disais : c'est pas

possible, tu as été hypnotisé ; et j'avais tellement d'angoisse que je souffrais plus de la tête que du mal que je pouvais avoir... Je la travaillais tellement cette idée que je ne savais plus où j'en étais.... C'est l'angoisse qui m'a fait prendre le train, je me fuyais, je ne savais plus où étaient mes idées ; je me fuyais moi-même..... J'ai bien fait de me faire enfermer. »

Chez beaucoup d'enfants déséquilibrés, et mal élevés souvent, il y a des tendances au suicide, analogues, pour la futilité des causes alléguées, au suicide de Jour...

La *mélancolique* Vir... (dont le père, un oncle et une tante du côté maternel se sont suicidés) a tenté au début de son affection de boire de la teinture d'iode et de l'eau de cuivre. Elle dit à sa fille qu'elle a fait cette tentative par suite de la répugnance qu'elle a à vivre avec ses enfants. Quelque temps après, la surveillance exercée sur elle par sa famille s'étant relâchée, elle s'asphyxie. Elle reste deux heures sans connaissance. Enfin, elle a tenté d'avaler des épingles. Elle a des idées d'auto-accusation, elle a souhaité que son mari meure, elle est bien coupable, elle n'aime plus ses enfants, elle a été mauvaise épouse, elle est mauvaise mère, etc.

Bor... est un *persécuté débile* à qui on fait croire tout ce que l'on veut. Il s'est imaginé que ses camarades lui en voulaient, il les entend mal parler de lui, l'injurier, il ne sait pourquoi ; il pleure et se lamente en disant qu'il est honnête homme et incapable d'être un pédéraste, comme on le lui reproche. Il dialogue avec un malade du service, mort depuis longtemps, qu'il entend la nuit et le jour lui dire les pires injures. Au début, il était attristé, comme je l'ai dit, et il a tenté de se suicider à plusieurs reprises. Depuis il réagit plutôt violemment comme un persécuté ordinaire.

L'*hypocondriaque* Pri... a des craintes de mourir, elle va devenir tuberculeuse, ses enfants sont aussi condamnés ; elle préfère mourir avant ; elle va acheter du charbon et de la digitale que l'on saisit à temps pour arrêter la tentative.

Rob..., *fou mystique*, entend une voix d'ange qui lui ordonne de se jeter sous un train. Il obéit sans hésiter et laisse son avant-bras gauche sous la locomotive.

Le *fou discordant dément précoce*... Pon a fait au début de son affection des tentatives de suicide ; il s'est tiré un coup de pistolet dans le cou et s'est tailladé un poignet. Il prétendait que des voix le poussaient à se suicider et il leur a cédé après deux jours de fugue dans la campagne.

On voit que la tendance au suicide peut se développer partout où il y a une émotion triste, une frayeur ou le *tædium vitæ*. Chez l'alcoolique, le prétexte peut en être l'hallucination terrifiante; chez le mélancolique ou l'auto-accusateur, la crainte ou la conviction de la déchéance. Enfin cette tendance peut se présenter chez des débiles ou des déséquilibrés pour des causes futiles ou vraiment insignifiantes, insuffisantes chez tout homme sain pour amener une

résolution aussi grave que le suicide. L'impulsion dans ces cas est difficilement explicable psychologiquement. Elle peut revêtir une forme obsédante comme chez Gou.... On admet généralement que l'obsession dite consciente du suicide ne s'accompagne pas de réalisation, sauf s'il y a complication. Chez Gou.., l'alcoolisme et peut-être l'épilepsie ont été l'appoint qui a permis au malade d'effectuer de vraies tentatives. Nous verrons aux types cliniques d'autres faits de suicide obsédant. Quant au cas de R..., le fou mystique, il est un peu différent; car il a obéi à une hallucination (Voyez le chap. Hallucinations).

Hérédité de la tendance au suicide. — J'ai eu, il y a bien longtemps, l'occasion de voir un jeune homme, M..., légèrement déprimé et hanté par des idées de suicide. Il était surveillé étroitement par un ami et soumis à un traitement hydrothérapique. On craignait d'autant plus qu'il ne mît son projet à exécution que son père s'était suicidé, mais lui-même, le fils, l'ignorait.

Je cite ce cas pour insister sur l'extrême importance de l'hérédité dans la genèse de la tendance au suicide. La mélancolique Vir..., est aussi un bon exemple.

Contagion de la tendance au suicide. — Le débile Mag... M. s'est suicidé dans mon service sous l'empire d'une impulsion.

Quelques jours après, Thu... (déjà cité, p. 42) en a fait autant. Il est vrai de dire qu'il avait déjà ces idées, mais l'exemple de l'autre a déclanché la tendance latente.

Chez les débiles, arriérés ou imbéciles, la contagion est facile, même en l'absence de toute disposition préalable.

Ces faits de contagion du suicide sont bien connus et fort importants, ainsi que les suicides *collectifs* par misère ou par amour, dont les journaux donnent souvent des exemples.

Suicide et meurtre. — Chez certains mélancoliques, la crainte de voir leurs enfants perdus conduit au meurtre de ceux-ci en même temps que le malade se suicide. Certains autres tuent afin qu'on les condamne à mort, n'ayant pas le courage de se suicider. C'est un *suicide détourné.*

Persistance de la tendance au suicide. — J'ai connu autrefois un homme très éminent, R..., ayant des malformations des organes génitaux (1) et anormal dans

(1) On sait comme l'impuissance et les malformations et mutilations des organes génitaux ont de retentissement sur le ton général de l'homme.

les sentiments sexuels, car la vue et l'idée des organes féminins ne lui inspiraient que du dégoût (il était probablement complètement frigide), qui était, malgré son intelligence, un caractère faible et qui s'était laissé entraîner par un ami dans une impasse morale. Hanté par le désir du suicide, on avait réussi à le détourner de l'acte pendant fort longtemps. Mais chez ce dégoûté de l'existence et de lui-même, le désir était resté vivace et il reparut plus fort que jamais au moment où une situation qu'il convoitait depuis longtemps lui fut offerte. L'obstination de son désir l'emporta sur toutes les précautions et la surveillance continuelle dont il était l'objet, et il se donna la mort devant son compagnon sans que celui-ci pût l'en empêcher.

Ce cas et celui du vieux Thu... montrent toute la *ténacité*, la *ruse* que certains de ces malades emploient pour arriver à leurs fins. On doit en être prévenu.

Tentatives enfantines de suicide. — Ter... absorbe beaucoup de vin et se grise fréquemment. si bien qu'il est alcoolique et ivrogne en même temps. Un soir il rentre ivre, poursuit sa femme pour la battre. Celle-ci se réfugie chez des voisins, a une crise de nerfs et tombe sans connaissance. Le mari épouvanté dit qu'il veut se pendre, se jeter à l'eau; il s'enfuit, suivi par sa femme qui a repris ses sens. Il rentre avant elle dans leur chambre et là se pend : « J'étais accroché, nous dit-il, au-dessus de la porte d'entrée de mon logement avec une corde de la grosseur d'un crayon; mais la corde n'avait pas marqué sur le cou; je reposais encore sur le sol par le bout des pieds. Je suis resté comme cela trois ou quatre minutes. Je ne sais pas si j'avais fait un nœud coulant. » Sa femme revient, appelle les voisins, et on l'emmène à la préfecture.

Voilà une tentative enfantine de suicide, ce qui se produit encore assez souvent chez les ivrognes, les débiles, les affaiblis intellectuels et même chez les mélancoliques. Il semble que chez ceux-ci l'aboulie empêche de prendre les vrais moyens. Pourtant, au moment du « raptus » (Voyez l'obs. Vau...), ils peuvent réellement faire des tentatives dangereuses.

Simulation du suicide. — Sco... est un vieil ouvrier de soixante et un ans qui, ne travaillant plus depuis longtemps, est dans la misère. A bout de ressources, il met le feu à des papiers accumulés dans sa chambre. On l'arrête et un rapport d'urgence le déclare atteint d'affaiblissement sénile avec dépression mélancolique. En réalité, il a fait une tentative simulée, comme il l'avoue, pour attirer l'attention sur sa misère, tentative assez enfantine, ce qui tient à un léger degré d'affaiblissement intellectuel sénile. C'est donc un suicide simulé.

Il faut toujours penser à la possibilité de la simulation.

Instinct de reproduction (1). — L'*érotisme* et la *salacité* sont fréquents dans une foule d'affections.

(1) Il est impossible ici de conserver la distinction classique entre l'augmenta-

J... est un vieillard de plus de soixante-dix ans, qui a conservé en apparence toute sa vigueur intellectuelle; pourtant il a baissé pour ceux qui le connaissent bien. Jusqu'à quel point a-t-il conservé sa vigueur sexuelle, c'est difficile à dire. Quoi qu'il en soit, cet homme, d'aspect respectable, court les prostituées de bas étage et se fait voler par elles.

C'est dans des cas pareils qu'ont lieu des captations d'héritage, qui défrayent ensuite la chronique scandaleuse et aboutissent devant la justice. Cela est très fréquent dans tous les cas d'affaiblissement mental, quelle qu'en soit l'origine.

La jeune B ... était une circulaire que j'ai vue autrefois dans le service de Falret à la Salpêtrière. Dans ses périodes d'excitation, elle tenait des propos érotiques, se frottait contre les hommes qu'elle rencontrait et cherchait à les provoquer.

Il en est de même chez beaucoup d'imbéciles, d'arriérées ou de démentes. Les hommes ne leur cèdent en rien.

L'*onanisme* est extrêmement fréquent chez les hommes ou les femmes pensionnaires des asiles.

La *passion amoureuse* peut atteindre dans quelques cas une intensité que l'on peut appeler pathologiques. Les romanciers en donnent de nombreux exemples pris sur le vif et tout le monde en connaît.

L'*impuissance* et la *frigidité* se rencontrent d'une façon constante ou inconstante chez des névropathes et détraqués, mais elles s'accompagnent souvent de déviations anormales. Au début des affections mentales, surtout de la P.G., il peut y avoir frigidité plus ou moins complète. On sait que dans le tabes cette complication existe souvent.

Outrages à la pudeur. Exhibitionnisme. Perte de la pudeur.— En dehors des imbéciles, des déséquilibrés et des vieillards, ce sont les paralytiques généraux qui se livrent à ces actes avec la plus grande fréquence. Tout individu adulte, qui sans raison d'ivresse est accusé d'attentat à la pudeur, d'exhibitionnisme, ou manifeste (surtout la femme) une perte de pudeur insolite, surtout lorsque le fait est accompli dans des conditions particulièrement niaises, doit être soupçonné avant tout de paralysie générale (Voyez au chap. P.G. un cas où le diagnostic a pu être porté presque d'emblée grâce à un fait de ce genre).

tion, la diminution et la perversion de cet instinct déjà capricieux à l'état normal, mais dont le trouble pathologique confond pêle-mêle tous les modes d'altération.

Perversions sexuelles . — L'onanisme est très fréquent et n'a qu'une importance secondaire. On le rencontre dans beaucoup d'états d'affaiblissement et d'excitation intellectuelle, chez beaucoup d'enfants anormaux et surtout chez les malades renfermés, ainsi que je l'ai dit.

Pédérastie. Tribadisme. — Très fréquents dans les pensions, collèges ou lycées d'internes et les agglomérations d'hommes privés de femmes, ou réciproquement. — Ce sont surtout les débiles et imbéciles qui, dans les asiles, se livrent à ces actes répréhensibles.

Inversion réelle congénitale. — C'est une anomalie constitutionnelle qui peut exister presque seule, mais qui est généralement accompagnée d'autres symptômes de déséquilibre mental (Voyez aux types cliniques). L'homme est attiré par l'homme et la femme par la femme dès l'enfance.

Les *perversions sexuelles* proprement dites sont du même ordre (en dehors de celles acquises par vice). Les principales sont le *sadisme* (du nom du marquis de Sade qui en était atteint), excitation voluptueuse par la cruauté ; le *masochisme*, du nom du romancier Sacher-Masoch, excitation voluptueuse par les sévices subis (l'inverse du précédent); le *fétichisme*, dans lequel la jouissance sexuelle est liée à la contemplation ou au souvenir de certains objets féminins ou parties du corps féminin (1) ou même complètement indifférents, etc., etc.

Amour mystique. Platonisme. — Je renvoie à l'article des idées érotiques pour en trouver un exemple.

Instinct de la propriété. — *Avarice.* — C'est une passion qui rentre dans les anomalies des déséquilibrés. On en trouvera un exemple plus loin.

Prodigalité. — Elle est fréquente chez les déséquilibrés, les circulaires dans la période maniaque; au début de la paralysie générale.

Kleptomanie. — Je renvoie à l'article Impulsions.

Vol. — Accompli dans des *circonstances absurdes*, il dénote un affaiblissement intellectuel, *surtout la paralysie générale.* Raisonné, il se rencontre chez les anti-sociaux ou extra-sociaux, les criminels, les cambrioleurs, etc.

Chiffonnage. — C'est un bon signe de démence dans les asiles.

(1) G. Belot, un romancier disparu maintenant, avait fait une étude d'un cas de ce genre dans *La bouche de Mme X.*

Le malade ramasse tout ce qu'il peut, bourre ses poches d'ordures, de pierres, de bouts de papier, de cailloux, etc. Ce signe se rencontre aussi dans certains cas à la période maniaque de la folie intermittente ou circulaire (voyez l'exemple de Met...).

Passion des collections. — Poussée à l'extrême, c'est une anomalie qui peut se rencontrer chez les déséquilibrés et n'a pas grande importance.

Sentiments exprimés par l'activité journalière (1). — L'augmentation et l'extension pures de cette activité sont rares; pourtant, tout au début de la P. G., cela arrive quelquefois.

J'ai connu, il y a quelques années, un homme distingué, mais peu actif, D...; au commencement de la paralysie générale qui l'a emporté rapidement, il avait composé un ouvrage ne portant nullement la marque de la maladie; au contraire, car ce livre a eu du succès dans les milieux compétents.

La diminution et le rétrécissement de cette activité sont plus fréquents au début de bien des affections. L'impossibilité de l'exercer est la conséquence de presque toutes les affections mentales confirmées. La *paresse*, *l'indifférence sentimentale* est fréquente dans l'hébéphrénie (voyez l'obs. de Arj..., p. 33) et se trouve chez beaucoup de déséquilibrés qui ne sont, comme on dit, bons à rien.

La perversion est encore plus fréquente en combinaison avec les autres éléments. C'est ainsi que des alcooliques chroniques, des paralytiques généraux deviennent joueurs effrénés, tandis qu'ils négligent leur profession ou travaillent d'une façon désordonnée. En dehors de cela, chez bien des déséquilibrés, on peut voir aussi une incohérence dans les occupations ou une passion désordonnée pour le jeu, les courses, le sport, qui entraînent parfois la dation d'un conseil judiciaire.

Vagabondage. — J'ai reçu plusieurs fois dans mon service de vieux vagabonds, la plupart du temps à la fois débiles, instables, alcooliques et miséreux, qui sont venus y mourir. Ce sont des gens incapables de s'adapter à la vie régulière actuelle, qui vont de ville en ville, de porte en porte, et qui préfèrent à tout cette existence errante et misérable. Ils se rapprochent beaucoup de ces

(1) Il est très difficile de classer méthodiquement les différents instincts, tendances et sentiments qui se manifestent par ce qu'on appelle d'un *terme vague* l'activité journalière, depuis l'instinct de faire mouvoir ses muscles jusqu'à l'intérêt pour la science. Mais, en somme, le fond en est le besoin d'occupation réglée, mentale et physique, ressenti par tout individu sain.

instables qui oscillent entre la prison et l'asile et dont je donnerai des exemples plus loin.

Fugues (1). — L'importance pratique de cet acte est très grande.

Magn... est, malgré ses vingt-quatre ans, déjà un *alcoolique chronique*, car il a bu très jeune. C'est sa troisième entrée dans les asiles. Bien qu'il vienne à Bicêtre, transféré d'un asile de la Seine où il a séjourné quelque temps, il a encore des restes de son rêve alcoolique subaigu. « Je ne vais pas bien, je souffre du côté; j'ai reçu un coup de couteau d'une jeune fille qui avait un masque de toile, je ne la connais pas ; je ne sais pourquoi ; il y avait deux couteaux, c'est mon père qui les a. Au dépôt, on a essayé de me violer; c'était peut-être une femme de mœurs légères, je ne sais pas. » Ces idées délirantes sont vagues; il est à peu près orienté. C'est d'ailleurs un débile. Il est agité, violent, et a cherché à se sauver par la porte en bousculant le portier. Cet état dure environ depuis six semaines, lorsqu'il s'évade en grimpant après un tuyau de descente de gouttière; il va chez ses parents au Kremlin-Bicêtre même, et demande impérativement à sa mère de lui donner du café et du vin; puis, après avoir bu, il brandit la bouteille d'un air menaçant et obtient ses vêtements de sa mère effrayée. Il part aussitôt à Châtillon chez un de ses cousins qui signale téléphoniquement son évasion à Bicêtre. L'hospice envoie immédiatement la voiture avec des infirmiers, mais le malade était déjà reparti. Vers dix heures du soir, il reparut chez ses parents d'où il fut ramené à l'hospice. Interrogé sur les motifs de cette escapade, il répondit assez vaguement qu'il avait éprouvé le besoin de se promener et de ne pas rester à Bicêtre; il continue à être agité et violent, conservant toujours ses vagues idées de persécution, reliquat de son rêve. Enfin, au bout de quatre mois de séjour, il se clarifie complètement, reconnaît avoir été malade et que la jeune fille masquée était seulement dans son imagination.

Loy... (déjà cité) part de chez lui en état de *rêve confusionnel;* il erre plusieurs jours dans cet état de demi-conscience où tout lui paraît transformé (voyez plus loin), et il finit par se retrouver à Bicêtre, conservant un souvenir de son rêve mais point des lieux où il a passé.

Ro... a des accès *d'épilepsie.* A la suite de certains de ces accès, il fait des fugues dont il ne conserve aucun souvenir. C'est ainsi que plusieurs fois il a pris le train étant chez lui, et, arrivé à destination, il se trouvait tout étonné de se voir dans un pays inconnu. Ce cas est curieux, parce qu'il se complique d'autres particularités qui auraient pu faire croire à la simulation de ces fugues, ce qui n'avait pas lieu, je le crois, du moins. C'est ainsi que Ro..., peu scrupuleux, se trouvant à Nantes, à la suite d'une fugue, s'est fait passer pour un officier en bourgois et s'est fait promener toute une journée par le cocher d'un break régimentaire. Il avait d'ailleurs un chapelet qui guérissait tous les maux et une sorte d'amulette au fond d'une blague à tabac. C'est lui-même qui a avoué le tour qu'il a joué à Nantes. Dans quel état était-il au juste à ce moment et l'alcool y avait-il une part, il est impossible de le savoir.

(1) A. Joffroy et R. Dupouy, *Fugues et vagabondage,* Etude clinique et psychologique. Paris, 1909.

Guc.., *paralytique général*, perd la mémoire depuis un an. Sa famille raconte qu'il s'échappe de chez lui et erre dans Paris, faisant souvent des emplettes qu'il perd en route, ou se faisant véhiculer en voiture pour de longues courses absurdes. C'est ainsi qu'à une de ces courses il est pris par la police et amené au dépôt.

Il y a des déments, surtout des déments séniles, qui fuient de chez eux sans que l'on sache bien pourquoi et qu'on retrouve perdus dans les rues de Paris.

Foc... est un enfant *arriéré* du service des enfants de Bicêtre, qui de temps en temps est pris du désir irrésistible de s'en aller ; il s'est sauvé maintes fois. Passé aux adultes dans mon service, il manifeste à de certains moments des idées de suicide. Il semble bien que c'est dans ces moments-là que le désir de s'évader, de se trouver ailleurs, le prenne. Depuis environ un an il est très amélioré et comme transformé ; il travaille régulièrement, a grandi et enforci beaucoup et ne s'explique plus ses anciennes tendances aux fugues et au suicide.

Un autre enfant de quinze ans et demi, Ami..., vu à la consultation de la Salpêtrière, en retard physiquement et intellectuellement, fait des fugues depuis l'âge de trois ans, à peu près quatre ou cinq par an. A sa dernière, il file à Versailles et ne rentre que le lendemain matin après avoir marché toute la journée et toute la nuit. Il avait, dit-il, depuis longtemps l'envie de voir le Musée de Versailles, mais quand il y est arrivé, le musée était fermé. Il n'a pas mangé, étant sans le sou, car il ne vole pas. Il se rappelle parfaitement tous les détails de sa fugue.

Les fugues de cette sorte sont très fréquentes chez les enfants déséquilibrés, arriérés, débiles, névropathes ; mais il faut remarquer que dans un certain nombre de cas le *milieu familial* paraît jouer un rôle. J'ai vu beaucoup d'enfants faisant des fugues avoir une *belle-mère* ou un beau-père. De telle sorte que, si la fugue vraiment pathologique existe, il y a aussi une fugue qui paraît *normale*, exécutée de guerre lasse par un enfant en butte à des tracasseries. Il va sans dire que plus celui-ci sera déséquilibré et plus il y aura de chances pour qu'il fuie.

J'ai déjà parlé à l'article Suicide de ce malade Gou... (p. 43), qui racontait comment il avait pris le train pour se fuir lui-même, sous l'influence de l'angoisse obsédante avec tendance au suicide.

On a vu, à l'article Dipsomanie (p. 40), cet individu Hui... qui filait droit devant lui, probablement dans un accès de manie intermittente légère.

J'ai cité aussi le fou discordant ou dément précoce Pon.... (p. 44), qui a fini par des tentatives de suicide bizarres une fugue où il avait erré dans la campagne pendant deux jours.

Toutes ces fugues sont faites sous une influence qu'il est difficile d'expliquer psychologiquement (explique-t-on d'ailleurs le suicide ?) ; on peut dire que c'est un besoin pathologique de déplacement, une impulsion soudaine (voyez ce mot), ou, au contraire, un projet médité, comme souvent chez les enfants chez lesquels l'impulsivité naturelle est renforcée par l'absence de discernement, ou chez les déments une idée de promenade intempestive, anormale à cause de l'affaiblissement intellectuel, etc. La fugue peut être encore une sorte de raptus sous l'influence de l'angoisse, de la colère, etc.

A côté d'elles, sont ces fugues faites sous l'empire d'idées délirantes ou d'hallucinations dont le type est donné par l'alcoolique délirant comme Bar..., qui fuit sous l'influence de la peur occasionnée par des hallucinations. L'épileptique en peut faire autant, de même que le délirant infectieux (voyez l'obs. de Mme XXX) ou le confus. L'hystérique peut fuir, sous l'empire d'une idée ou d'une hallucination. Le fou persécuté systématique le fait très souvent au début de son affection; il fuit son logement pour échapper aux persécutions (voyez Jo... p. 662) et erre quelquefois au hasard ou dans une direction déterminée, même à l'étranger. En somme, sous cette forme-là, la fugue est un acte logique relié au délire. Mais n'est-ce pas par l'intermédiaire d'une émotion ou d'un sentiment et n'y a-t-il pas des dégradations insensibles entre cette fugue logique, le « raptus » et l'impulsion ?

Je ne parle pas ici des fugues sous l'influence de la passion, surtout amoureuse. Elles ne peuvent guère être considérées comme pathologiques, bien qu'elles révèlent le plus souvent au moins un tempérament névropathique tout près du déséquilibre mental.

On remarquera la réunion fréquente du suicide, et aussi parfois du crime, avec la fugue.

Souvenir de la fugue. — Comme la fugue se relie au trouble mental, il s'ensuit qu'elle peut, comme celui-ci, disparaître totalement, une fois terminée, de la mémoire du malade. Il suffira de renvoyer au chapitre Mémoire (p. 83); mais, au point de vue pratique et médico-légal, la connaissance de la perte de souvenir totale ou partielle a une grande importance, car la première se rencontre avant tout dans l'épilepsie et parfois l'hystérie (avec ses caractères spéciaux), la seconde aussi dans ces troubles et dans les démences.

On devra penser à la *simulation* possible de l'oubli de la

fugue, surtout chez les militaires en prévention de conseil de guerre pour désertion.

Valeur sémiologique. — Je viens de montrer assez au long que la fugue peut se rencontrer partout. Cependant, suivant l'âge, on doit songer avant tout à telle ou telle affection; ainsi :

Chez l'enfant: au déséquilibre, à l'arriération mentale (la fugue est ordinairement répétée) (*rechercher le milieu familial mauvais!*)

Chez l'adolescent : à l'hébéphrénie;

Chez l'adulte : à l'épilepsie (fugue ordinairement répétée); à l'alcoolisme (délirant ou démentiel); à la P. G.;

Chez le vieillard : à la démence sénile.

Sentiments familiaux. — La plupart du temps, ils sont diminués ou abolis, ou remplacés parfois par la haine ou la jalousie.

Sentiments suscités par l'entourage immédiat physique et social. Nostalgie. — Ce sentiment triste ne se trouve plus guère que chez les Bretons et disparaît devant les mœurs nouvelles. Il n'a pas d'importance pathologique.

Sentiments suscités par les rapports avec autrui, avec la société. — Ces sentiments et leurs nuances sont très nombreux et leurs altérations se rencontrent dans presque toutes les formes d'affections mentales. Je ne citerai ici, et que d'un mot seulement sous forme de tableau, les principaux d'entre eux. J'y ai réuni une partie de ceux que j'ai déjà étudiés. Donner des exemples, sauf pour quelques-uns, m'entraînerait trop loin et serait superflu. Mais la constatation de certains de ces sentiments est parfois très utile au point de vue du diagnostic, bien qu'ils ne soient pas absolument pathognomoniques. Il en est ainsi de :

La politesse enfantine	Du débile et de l'arriéré.
L'obséquiosité	De l'épileptique et du débile.
Le sans-gêne	Du maniaque.
—	Du paralytique général.
L'impudeur	Du dément.
—	De l'idiot.
La générosité, la bienveillance (en paroles)	Du paralytique général.
La philanthropie exagérée	Du déséquilibré.
La « zoophilie » exagérée	
La misanthropie	
L'égoïsme malveillant (querelles, violences)	Du maniaque circulaire.

L'égoïsme soupçonneux et vindicatif... La haine (vengeance, meurtre)........	Du persécuté.
La haine (procès, etc.)...............	Du persécuté raisonneur.
La perversité (violences, calomnie, fourberies, mensonges)................	Du persécuté raisonneur, du maniaque raisonneur, du fou moral et de certains déséquilibrés et hystériques.
L'indifférence absorbée...............	Du mélancolique; De l'hypocondriaque.
Le détachement.....................	Du dément.
L'envie..........................	Du déséquilibré.
La jalousie (ordinairement sexuelle)...	De l'alcoolique, du déséquilibré, de l'hystérique, de certains fous persécutés.
L'hypocrisie........................	De l'imbécile.
L'ambition.........................	Du déséquilibré et du fou moral.
La timidité........................	Du déséquilibré.
La vanité..........................	Du « mégalomane »; Du dément: Du débile.
La douceur, la résignation...........	Du mélancolique.
La docilité.........................	Du confus.
L'opposition........................	De l'anxieux.
L'entêtement.......................	De l'arriéré, du déséquilibré, du dément, surtout sénile.
La réserve défensive................	Du fou moral, de l'enfant pervers, de l'hystérique.
L'humeur contrastante..............	Du jeune névropathe.
Le négativisme.....................	Du catatonique.
Etc., Etc.	

Remarque sur la vanité du « mégalomane ». — N..., un malade que j'ai vu autrefois à Bicêtre, dément avec idées de grandeur (probablement ancien alcoolique), montrait avec satisfaction un bouton de culotte qui, disait-il, était une médaille de l'Académie française, car il était poète et noircissait de pseudo-vers extravagants des liasses de bouts de papiers informes.

J'ai connu aussi un malade qui s'affublait d'un dolman réformé d'artilleur, d'un vieux képi et qui était constellé de décorations en papier et en fer-blanc. le tout pour montrer au public les charges importantes qu'il occupait.

Dans ces cas, la vanité du malade saute aux yeux (j'ai déjà parlé de la vanité, p. 23).

Remarques sur les sentiments d'opposition et de « négativisme » : l'opposition, l'entêtement, la réserve défensive, l'humeur « contrastante », le négativisme ou humeur négative. — Tous ces sentiments, exprimés par des mots différents, paraissent pourtant être seulement des nuances d'un sentiment de protection, de défense

contre l'intrusion étrangère dans la personnalité du malade ou de l'anormal, intrusion qui est désagréable pour différentes raisons.

L'anxieux mélancolique ou l'angoissé neurasthénique sent son état de malaise s'accroître sous l'influence de l'interrogatoire ou des actes commandés; il *s'oppose* à ce qu'on veut lui faire faire afin de rester tranquille (user de douceur avec lui).

L'arriéré, le débile, le déséquilibré, le dément (sénile, paralytique général, etc.) est à la fois *borné* et souvent plein de *suffisance* congénitale ou *acquise*. Il n'a de conseils à recevoir de personne! et il fait à sa guise, envers et contre tous, des bêtises ou des sottises (user d'adresse avec lui).

L'hystérique, qui a ses secrets sentimentaux, se tient sur la réserve défensive quand on veut pénétrer dans son for intérieur et s'échappe souvent par des mensonges, des paroles évasives, à côté ou à tort et à travers (« *Vorbeireden* » des Allemands, « syndrome de Ganser ») (user de persuasion). Il y a là une certaine différence au fond avec la réticence du persécuté qui ne veut pas avouer son délire, soit par habileté (pour sortir de l'asile), soit par orgueil. Le pervers ne veut pas avouer de peur d'être puni ou d'avoir des ennuis, ou pour jouer un bon tour, ou par insolence (user de patience).

Chez certains enfants, il y a une tendance presque automatique à faire le contraire de ce que l'on demande. Il s'agit généralement de nerveux, de névropathes, de futurs déséquilibrés. Un de mes amis présentait dans sa jeunesse ce caractère spécial à un haut degré. On lui offrait un gâteau dont il avait envie, il le refusait; on lui donnait un conseil ou un ordre, il faisait l'opposé. Il semble bien qu'il y ait là l'analogue de l'association par contraste (user de patience et laisser faire le temps!)

Marg..., cette jeune hébéphrénique dont je parlerai plus loin, manifestait pendant une certaine période un négativisme acharné : on la menait aux W.-C., elle retenait ses matières avec obstination; on la ramenait à son lit, elle gâtait immédiatement. Elle se raidissait quand on voulait la lever et qu'elle était couchée, quand on voulait la coucher lorsqu'elle était levée. Elle se détournait quand on voulait la faire manger et mangeait une fois que l'infirmière avait le dos tourné. Quand on voulait lui faire ouvrir la bouche, elle la serrait, et restait obstinément muette quand on l'interrogeait, etc. C'étaient des luttes continuelles pour la tenir propre, la faire manger, l'habiller, etc.

Dumn..., en état de stupeur catatonique (voyez à Stupeur p. 249), tantôt présente de la catalepsie, de la flexibilité cireuse, tantôt s'oppose à tous les mou-

vements et même ébauche les mouvements *opposés* à ceux qu'on veut lui faire faire. Il se détourne de la nourriture placée devant lui pour la prendre dès qu'on s'éloigne.

Delo... (voyez l'observation complète), vieux dément précoce, à la fin d'un interrogatoire où il avait répondu assez sensément, donne des réponses incohérentes et manifeste d'une façon non équivoque que cette conversation l'ennuie. Ces réponses paraissaient bien être d'une incohérence voulue pour se débarrasser de l'examen (« Vorbeireden »).

Pat..., catatonique (voyez l'observation complète), refuse, péremptoirement, d'obéir aux ordres donnés :

D. — Levez cette jambe, monsieur P... !

R. — Je n'ai pas à la lever !

D. — Essayez de lever la jambe

R. — Je vous dis non, monsieur...

Ces fragments d'observations, qui concernent tous quatre des folies discordantes ou démences précoces, me paraissent montrer que le fond du négativisme, même quand il se manifeste dans l'état de stupeur par des mouvements « négatifs » (au sens algébrique du mot), est toujours de ne pas aimer à être ennuyé. Le dément précoce *aime la paix*, comme disait à peu près Pat... et il défend cette paix comme il peut, par la parole, par les actes aussi bien que par le mutisme et les attitudes. Les différentes nuances apparentes du sentiment négateur proviennent probablement de l'expression plus ou moins complète, suivant l'état d'ensemble du malade, qu'il soit dément précoce, dément, hystérique, déséquilibré, ou ce qu'on voudra. Aussi peut-on appeler tous ces sentiments énumérés plus haut du terme général ; *humeur négative*. Elle peut s'exprimer par :

La parole...... {
Évasive,
Volontairement mensongère,
A tort et à travers, « à côté »,
Moqueuse, etc. (complication chez les fous moraux, les persécutés),
Nulle, *mutisme*.

Les gestes...... {
Le dérobement,
La fuite, etc.,
La lutte,
La négation, geste tout à fait « négatif »,
Nuls, *l'immobilité*.

Et même par la mimique... {
« Fermée ».
De l'ennui, de la mauvaise humeur (*même chez les fous discordants*).

Sentiments en rapport avec l'abstrait et l'idéal. — Sentiments religieux (1). — Le mysticisme, quand il atteint une intensité pathologique, s'accompagne ordinairement d'idées et de troubles sensoriels divers dont je parle aux autres chapitres de la sémiologie. La folie mystique proprement dite est un type assez net de folie systématisée.

Quant aux apôtres, ascètes, fanatiques plus ou moins persécuteurs, ils se rapprochent beaucoup des fous mystiques, des persécutés et des raisonnants ou raisonneurs. Ils tiennent une assez grande place parmi ces déséquilibrés, détraqués, névropathes et psychopathes qui forment ce qu'on a appelé le *borderland of insanity*.

Sentiments politiques et moraux. — On peut ranger dans la même catégorie les fanatiques politiques actifs, régicides, révolutionnaires, anarchistes, les politiques idéalistes, inventeurs sociaux, pamphlétaires, les moralistes réformateurs.

Sentiments liés a la littérature, a l'art et a la science. — Il en est de même encore pour les décadents, symbolistes, esthètes, peintres extraordinaires, inventeurs de systèmes scientifiques et philosophiques, découvreurs de la quadrature du cercle, du mouvement perpétuel, astrologues, chiromanciens convaincus, etc.

Chez tous ces individus, le sentiment intense excite l'imagination et peut donner naissance, non seulement au « délire d'imagination », mais aussi à de véritables idées délirantes que j'étudie ailleurs.

Quant à la *perte* de ces sentiments ou à leur *perversion* sous l'influence de la folie, elle est aussi très fréquente, le champ de ces sentiments actifs normaux se rétrécissant dans les troubles mentaux, comme l'avons vu pour les sentiments moins abstraits.

(1) Le complexus appelé sentiment religieux est encore très mal connu ; il serait utile de l'étudier en psychologie dite normale.

CHAPITRE III

LE COURANT DES IDÉES, LE LANGAGE, LES MOUVEMENTS ET LA MIMIQUE INTELLECTUELLE

Sommaire. — *L'excitation intellectuelle* peut être physiologique. L'excitation intellectuelle pathologique. Exemples tirés de la manie; expression de l'excitation par le langage et les gestes. C'est moins une accélération du cours des idées que celle de leur transformation en paroles et en actes. Rapports avec l'attention. Pure, sans autre signe intellectuel, ne se rencontre que dans la manie.

La turbulence. — Excitation très atténuée, manie très faible avec quelques particularités chez des enfants surtout épileptiques.

Le mentisme. — Excitation intellectuelle non extériorisée (moins intense), bavardage intérieur.

La surexcitation; c'est une excitation secondaire.

Excitation intellectuelle circonscrite. — Le bavardage est circonscrit; rapport avec l'anxiété et l'angoisse. Elle est secondaire.

La dépression intellectuelle. — Exemple dans la mélancolie; expression mimique et motrice; langage. Il y a ralentissement du courant des idées, ralentissement de la transformation en paroles et en actes. Se trouve dans la neurasthénie, dans les états de fatigue, etc. Sa manifestation dans les folies discordantes, dans les démences sénile et organique. Elle est souvent reconnue des malades. Sa différence d'avec l'inertie.

Valeur séméiologique. — Mélancolie, neurasthénie, folies discordantes, démences. La dépression intellectuelle paraît ne pas être le premier degré de la stupeur. La dépression intellectuelle dans les états de confusion n'est peut-être pas de même nature que dans les autres formes.

L'incohérence. — L'incohérence avec excitation. Exemples dans l'alcoolisme aigu, dans l'infection; cette incohérence avec excitation intense empêche les relations avec le monde extérieur. L'incohérence avec excitation dans les folies discordantes, entremêlée de répétitions (stéréotypies). L'incohérence avec excitation dans la P.G.

L'incohérence avec dépression. Exemple dans l'alcoolisme aigu. Elle fait partie du syndrome confusion.

L'incohérence simple. Exemple chez un dément. Se rencontre à un très faible degré dans la neurasthénie.

Définition de l'incohérence. — Ses rapports avec d'autres symptômes. Symptômes implicitement contenus. Avec la reconnaissance par le malade de cet état et les autres symptômes, l'incohérence avec dépression constitue le syndrome confusion. Incohérence parlée et écrite.

Diagnostic de l'incohérence. — Ne pas la confondre avec la pseudo-incohérence de l'excitation pure; la pseudo-incohérence par langage inapproprié, par symbolisme, par allusion aux idées délirantes, par langage de perroquet, la jargonaphasie. Rapport avec le délire incohérent.

Valeur sémiologique. — Se rencontre dans les troubles aigus de cause reconnue et dans les démences. Tenir compte de tous les autres signes; se rappeler que : l'incohérence avec excitation doit toujours faire craindre un état d'affaiblissement intellectuel; l'incohérence avec dépression fait partie du syndrome confusion; plus rarement de la démence (ne pas confondre l'une avec l'autre); l'incohérence simple, « calme », est démentielle.

Remarques générales sur l'excitation, la dépression, l'incohérence. — Ce sont des troubles du courant des idées qui perturbent toute l'intelligence. Ne sont pas du même ordre que le délire ou les hallucinations; mais coexistent fréquemment. Cette perturbation plus ou moins profonde de toute l'intelligence doit être étudiée à part dans tous ses modes.

L'inertie intellectuelle. — Le courant des idées stagne chez certains déments, arriérés et chez certains fous discordants avant toute démence. C'est un ralentissement simple sans que le malade semble s'en apercevoir. Ses rapports avec l'indifférence émotive et sentimentale.

N'a de valeur sémiologique qu'au début des folies discordantes, et au début des démences, surtout de la P. G.

Excitation intellectuelle. — Excitation presque normale. — O... est par périodes dans un état d'excitation intellectuelle modérée, que ses amis ne trouvent nullement anormale. Il y a accélération du courant des idées, ce qui a de nombreuses conséquences : les perceptions, les associations d'idées s'effectuent aisément; l'attention est prompte et durable, la mémoire plus fidèle et plus étendue, les raisonnements sont justes et faciles, les jugements rapides, le travail intellectuel est d'une plus grande activité et son niveau plus élevé. Cet état s'accompagne d'un sentiment de bien-être, de gaieté et d'optimisme. La bienveillance naturelle de O... augmente. On s'aperçoit de cet état chez O... à sa physionomie plus ferme et plus gaie, à son air d'assurance, à sa mimique plus accentuée, tant émotive qu'intellectuelle, et surtout à son langage plus rapide, plus fréquent, plus long, plus précis; il fait volontiers des citations, des plaisanteries et même des calembours, ses lettres sont plus spirituelles, et il est plus expansif que d'habitude. Son activité extérieure est plus grande sans atteindre à l'agitation proprement dite. En temps ordinaire, O... cherche quelquefois ses mots; dans ces périodes d'excitation, les mots lui viennent tout seuls; il écrit mieux qu'à l'ordinaire et sans peine. Enfin, c'est une remarque qu'il a faite sur lui-même, quand cet état atteint une certaine intensité, il s'excite en parlant et il finit par sentir comme s'il parlait automatiquement et avec une diminution du pouvoir volontaire sur sa parole qui tend à s'émanciper (sentiment d'automatisme sur lequel je reviendrai). Mais ce degré n'a été atteint que rarement. M. O... reconnaît aussi souvent, même pendant l'accès, qu'il est plus excité qu'à l'ordinaire. Pendant ces périodes, il se porte mieux, digère mieux, supporte mieux la fatigue, dort mieux et a généralement un peu de polyurie. Je n'ai pas besoin de dire que c'est un névropathe.

C'est un état presque normal dans lequel le travail productif intellectuel augmente, mais il déborde déjà dans l'excitation pathologique, dans les moments où il y a ce sentiment d'automatisme sur lequel j'ai attiré l'attention. Tout le monde sait, par

expérience d'ailleurs, qu'il y a une excitation tout à fait dans les limites de la normale et qui est la condition et le résultat en même temps du travail intellectuel.

EXCITATION INTELLECTUELLE (PATHOLOGIQUE.) — J'ai vu autrefois à Bicêtre un maniaque, le compagnon X..., qui pendant trois semaines a présenté un accès d'excitation franche et pure. Sa physionomie était ouverte, ses yeux brillants, la tenue en désordre ; il ne pouvait rester en place ; l'agitation était très marquée ainsi que la mimique, trop accentuée. Le langage révélait une excitation intellectuelle considérable, qui empêchait le sommeil, car le bavardage était intarrissable ; les idées défilaient les unes à la suite des autres sans arrêt (*idéorrhée* des auteurs), comme on le voyait par les phrases qui les traduisaient au dehors. L'attention se fixait facilement sur les choses extérieures, mais avec une instabilité telle, que chaque objet perçu changeait à chaque instant l'ordre des idées, ce qui donnait un décousu tout spécial au langage. Les souvenirs remontaient en foule du passé à la mémoire du malade (excitation de la mémoire).

Le langage, dans ces cas, est correct, et on pourrait suivre le cours des idées, guidé par les associations dites de ressemblance et de contiguité et traduites immédiatement en paroles. L'incohérence qui frappe par instants dans ces cas est encore plus apparente que réelle, c'est le *langage elliptique de Falret;* pourtant, on note souvent une tendance à associer plutôt les mots que les idées, et ce par assonnance, comme nous le verrons plus loin. L'émotion présente est souvent la joie, mais souvent elle est très variable et c'est bien plutôt une excitabilité émotionnelle générale, changeante, passant de la joie à la tristesse, à la colère etc., avec une promptitude égale à la variation de l'idée.

La traduction au dehors de cet état d'excitation intellectuelle se fait par le langage. Il ne s'agit pas réellement ici d'une accélération du courant intellectuel, ou d'une augmentation du vrai travail intellectuel comme dans l'excitation intellectuelle normale, ou presque normale, citée plus haut. Il y a, comme on le verra plus nettement plus bas, à propos de l'excitation avec incohérence, augmentation de la *rapidité de transformation* de l'idée en mot ou même en acte et tendance à remplacer les associations supérieures par les inférieures, surtout de mots. Penser, a-t-on dit, c'est se retenir de parler et d'agir. Le maniaque (l'excité, quel qu'il soit) parle et agit, mais ne pense pas au sens élevé du terme, car il *ne réfléchit pas* et ne suit pas un plan ; les idées lui viennent soit *par association*, suscitées par l'*excitation de la mémoire* qui les va

chercher dans la profondeur de l'inconscient, soit *par les sens*, surtout de la vue et de l'ouïe, sous l'influence de l'*instabilité de l'attention*. Il y a *extériorisation de la pensée* « dégradée », pour employer un terme de physique.

Dans la manie, nous avons vu les rapports de cette excitation avec les émotions, surtout la joie ou la colère, traduites au dehors par la mimique, et avec des sentiments dont les principaux sont le *sans-gêne* et la *familiarité*. Il y a quelquefois aussi des rapports avec des idées délirantes passagères de grandeur et de différents ordres. Mais, tout cela est bien plus marqué dans les cas où cette excitation s'accompagne d'incohérence, sans que cette incohérence soit le résultat de la trop grande excitation. Il y a, en effet, des cas de manie où l'excitation extrême aboutit à l'incohérence.

Turbulenee. — On rencontre aussi chez des enfants surtout épileptiques une excitation intellectuelle modérée, mais tout à fait comparable à de la manie très atténuée (avec quelques additions spéciales). J'en parlerai au chapitre Epilepsie.

En somme, l'excitation intellectuelle *pure*, plus ou moins intense, dont le degré est mesuré par son expression, le *bavardage*, auquel il faut joindre l'*agitation motrice*, ce qui fait que son vrai nom serait *excitation psycho-motriee et verbale généralisée*, automatique, l'excitation pure ne se rencontre que dans la manie ou la manie liée à la folie circulaire. Elle y paraît le résultat primitif du trouble automatique, c'est l'excitation primitive. Lorsqu'elle n'est pas pure, elle est très fréquente. Aussi doit-on toujours rechercher si elle ne s'accompagne pas d'autres signes intellectuels, le cas de beaucoup le plus important, à propos duquel je m'étendrai plus longuement.

Excitation intellectuelle non extériorisée. Mentisme. — Phi... est un neurasthénique qui, par périodes, est en proie au « *mentisme* », à la rumination intellectuelle ; c'est une rêverie où les idées défilent rapidement et sans arrêt, d'une façon incoercible, tantôt pendant ses insomnies nocturnes, tantôt le matin après le réveil. Il a remarqué, dans ce dernier ca, que souvent il avait le matin des rêves où il parlait.

Effectivement, ce mentisme s'accompagne de *bavardage intérieur* qui prend devant la conscience du malade une importance, une valeur plus grandes qu'à l'état normal, avec sentiment d'automatisme. Le « mentisme » est un défilé d'idées que le malade ne peut fixer et sur lesquelles il ne peut par conséquent réfléchir ou plutôt à propos desquels il a une sorte de réflexion forcée ana-

logue à la folie de doute. Parfois, quelques-unes s'arrêtent et forment une *ébauche d'obsession* (voyez plus loin), ou le courant tend à former une sorte de tourbillon (voyez plus loin), c'est dire que ces états se rapprochent insensiblement de l'obsession et du doute, dont ils seraient des variantes, étendues pour ainsi dire à un grand nombre d'idées successives défilant sans arrêt. C'est comme un diminutif *intérieur* de l'excitation maniaque, mais reconnu pathologique par le malade lui-même et soustrait à l'influence déviatrice de l'attention externe. Cela ne se rencontre que dans la neurasthénie psychique. Dans quelques cas rares il y a excitation psychomotrice, comme dans la manie, mais reconnue aussi par le malade lui-même. Parfois, tout se borne à ce bavardage mental, semé de temps en temps de mots chuchotés ou encore prononcés à mi-voix.

Surexcitation. — Gou... E. est un vieux persécuté qui ne parle qu'en faisant des allusions à son système délirant, si bien que son langage paraît incohérent au premier abord. De temps en temps, il s'excite, il parle plus fort à ses persécuteurs; il gesticule avec véhémence, il se promène à grands pas dans la cour; lorsqu'il m'aperçoit, il vient me tenir des discours de blâme, de reproche, pour ma conduite, avec un ton pathétique, émaillé de quelques menaces. Cette excitation est liée au délire.

Cela se rencontre extrêmement fréquemment dans tous les délires, surtout les systématisés avec ou sans hallucinations. dont la marche procède par poussées successives, quelquefois très marquées.

C'est une excitation tout à fait analogue, secondaire, qui se manifeste dans la colère (voyez le paragraphe concernant cette émotion), quoique souvent avec incohérence.

Excitation intellectuelle circonscrite. — J'ai déjà indiqué, à propos de l'angoisse, *l'excitation circonscrite* traduite par une certaine répétition monotone, mais incessante, des mêmes mots : « Mon Dieu! mon Dieu! qu'est-ce qui va m'arriver? que vais-je devenir? », accompagnée d'une agitation qui n'est pas celle bien plus générale de la manie. Le *bavardage* ici est un *rabâchage*. De même chez Vau.., ce mélancolique anxieux, l'excitation intellectuelle faisait sans cesse repasser devant la conscience du malade les *mêmes* interrogations et les *mêmes* idées délirantes. Tels au cirque les mêmes figurants reparaissent sans cesse pour simuler un défilé d'armée, tandis que l'excitation de la manie est un vrai défilé, et même un défilé de gens ramassés au hasard. L'*agitation anxieuse* est éga-

lement circonscrite à la répétition des mêmes actes. Cette excitation est dite *secondaire*, liée au trouble émotionnel. Au fond, ces distinctions de primaire et secondaire paraissent bien artificielles. Mais, il faut remarquer que cette *excitation circonscrite* se rapproche beaucoup de l'*obsession*.

Dépression (Ralentissement, stagnation, arrêt intellectuel par obstacle, « inhibition » intellectuelle). — Je reprends l'exemple du mélancolique Cal...

Sans revenir sur l'expression de la tristesse de Cal..., sur sa dépression motrice, je remarque que sa mimique purement intellectuelle est pauvre (il y a deux raisons ici à cela, sa débilité mentale et sa mélancolie), et l'on voit que l'attention est difficile et ralentie. Son langage est non seulement émis à voix basse et monotone, mais encore lentement, comme avec des interruptions. Les phrases, fort courtes, sont correctes. En mettant à part les idées délirantes d'auto-accusation et de châtiment, le malade avoue qu'il ne sait pas à quoi il pense, il ne se rend pas compte de ce qui se passe en lui et il ne sait pas, dit-il, ce qu'il veut.

On saisit là, par l'expression que le langage nous en donne, tant dans son *émission*, son *débit*, que dans son *contenu*, toute la *diminution de l'activité intellectuelle*, le ralentissement *par obstacle* du *courant de pensée*, qui est ici en *rapport étroit* avec l'émotion triste (et le délire y afférent) et la *diminution de l'activité volontaire* (aboulie) la dépression motrice, la diminution de la transformation de l'idée en acte, bref, la *difficulté* à penser.

Dans la neurasthénie psychique, surtout à la suite de fatigue intellectuelle, les malades racontent ce ralentissement, cette stagnation par obstacle intellectuel. Ils disent penser, travailler plus lentement, à cause de l'effort qu'ils sont obligés de faire. Ils déclarent même parfois ne penser à rien; ils ne parlent pas, ils sont inactifs. La mémoire est paresseuse, diminuée même (voyez à Mémoire) et une vague rêvasserie les occupe à peine. Parfois même, il y a pendant quelques instants un vide de la conscience en apparence complet (voyez un exemple plus loin).

D'ailleurs, cette stagnation intellectuelle est connue de tout le monde dans la fatigue, dans le sommeil, etc., et à l'état chronique dans tous les états de dépression physique causés par des affections longues, des chagrins prolongés, des intoxications répétées, etc. Elle paraît la traduction primitive du trouble somatique. Elle correspond à la « *Hemmung* » des Allemands.

Le jeune Der... Paul, atteint de démence précoce, dont on trouvera l'observation aux Typ. clin., s'exprimait ainsi lorsqu'il était assis et qu'on l'appelait : « Oui, oui, je viens, je ne peux pas plus vite, je suis cloué. » Bien qu'il fût difficile de lui soutirer des renseignements sur la façon dont sa pensée non motrice fonctionnait, la lenteur de ses réponses toute analogue à celle de Cal..., avec voix basse et sans expression, indiquait bien une lenteur dans le courant d'idées, une dépression parallèle à « l'aboulie » manifestée ouvertement plus haut. Sa mimique, son attitude, ses mouvements « figés » complétaient bien l'ensemble expressif.

D'ailleurs, beaucoup de fous discordants dans la dépression se plaignent de celle-ci (1).

Dans les démences, on peut rencontrer aussi cet état de dépression intellectuelle, mais elle se combine si souvent avec un autre symptôme, *l'inertie intellectuelle* prédominante (voyez plus bas), qu'elle perd de son importance. Pourtant si elle est très marquée, devenue de la confusion ou stupidité chronique elle se rencontre surtout dans la démence épileptique typique. Je renvoie aux articles ultérieurs.

On remarquera que les malades, mélancoliques, neurasthéniques, déments précoces, parfois même les déments, surtout séniles ou artério-scléreux, *reconnaissent le ralentissement intellectuel*, bien qu'il soit parfois difficile de le leur faire exprimer. La mimique, l'attitude générale du corps en flexion, le ralentissement des mouvements traduisent au dehors cette dépression intellectuelle qu'il est par suite facile de reconnaître. Souvent, chez les neurasthéniques, la dépression psychique est plus intense que son expression physique.

Diagnostic. — Cette dépression constitue, tant qu'elle est pure, même quand elle est en relation avec la douleur morale (mélancolie), un amoindrissement considérable des « facultés » intellectuelles; mais le malade reste tout de même orienté, capable de mémoire. Elle reste à ce degré dans la mélancolie et la neurasthénie, dans bien des états somatiques chroniques de dénutrition, d'intoxication ou d'infection, et même dans la démence précoce. Mais il ne faut pas la confondre avec l'*inertie intellectuelle* de la démence précoce, des déments ou des idiots et arriérés. Elle s'en différencie par l'expression mimique de la dépression, l'attitude en flexion, la lenteur du langage, déprimé lui aussi, et des

(1) Urstein (*die Dementia præcox und ihre Stellung zum manisch-depressiven Irresein*, Urban und Schwarzenberg, Berlin und Wien, 1907, S. 80) dit que c'est de la dépression *subjective*, « subjective Hemmung », mais non réelle. Il me semble que le jeune Der... montre bien de la vraie, « *objective Hemmung*. »

mouvements sans rapidité, sans force, sans précision. L'inertie est simplement le repos, l'absence de fonctionnement rapide intellectuel et moteur; mais si on tire le malade de ce repos, il répond rapidement ou agit rapidement (voyez plus bas). On ne la confondra pas avec le *syndrome confusion* ou, pour être plus précis, on ne méconnaîtra pas les cas où elle se complique d'incohérence (p. 69) pour former le syndrome confusion, qui contient un autre élément, *l'effort* pour vaincre l'obstacle intellectuel, car alors il y a une mimique d'égarement et une gêne beaucoup plus considérable et spéciale du fonctionnement intellectuel (voyez p. 224).

Valeur séméiologique. — Combinée avec la douleur morale, elle se rencontre dans la mélancolie simple, la mélancolie avec délire et la mélancolie intermittente ou liée à la folie circulaire. Pure, elle paraît dans la neurasthénie, les états chroniques d'affaiblissement somatique, la démence précoce au début. Dans celle-ci elle peut aussi se combiner à d'autres signes, ainsi que dans les démences : mais, dans ces dernières, de même que dans les états où le syndrome confusion se rencontre, elle perd ordinairement de sa valeur séméiologique devant l'importance des autres symptômes. Il s'en suit que, en présence de la dépression, pure de tout autre signe intellectuel, on doit avant tout songer à la mélancolie dans toutes ses formes, à la neurasthénie, enfin à la démence précoce ; mais on pourra parfois se trouver très embarrassé, les affections somatiques chroniques, la P. G. entre autres, pouvant parfois débuter par une période de dépression pure ou de pseudo-neurasthénie.

Dépression intellectuelle, stupeur, stupidité. — La mélancolie se complique parfois de stupeur (voyez p. 220), c'est-à-dire d'arrêt des manifestations mimiques et motrices. Ce syndrome ou symptôme peut-il être considéré comme l'extrême de la dépression ? Comme on le verra, il semble qu'il y ait dans la stupeur un arrêt dans la *manifestation extérieure* plutôt qu'un arrêt total du cours des idées. D'autre part, peut-on dire que la dépression ait pour aboutissant la stupidité ? On pourrait peut-être plutôt le soutenir, car la stupidité est bien l'arrêt complet, mais avec ce détour qu'elle est l'extrême limite de la confusion où il y a toujours incohérence (voyez p. 224). Ce qui ferait penser que dépression simple, comme dans la mélancolie, et stupidité ou confusion sont deux choses distinctes, c'est que la mélancolie même intense n'arrive jamais à la stupidité ni à la confusion, *sauf complica-*

tions. Mais comme, en somme, le ralentissement intellectuel de la mélancolie et celui de la confusion, *en tant que ralentissement*, ne peuvent se distinguer, je conserve le même mot pour ces deux ralentissements qui sont peut-être différents, mais que l'imperfection de nos connaissances permet de confondre. Ce sont des questions difficiles sur lesquelle je ne peux m'étendre ici.

Incohérence. — Tout le monde connaît l'effet que la colère, la peur, l'angoisse, peuvent faire sur l'intelligence : « On perd la tête », sous l'influence de ces émotions ; on ne sait plus ce que l'on pense, ce que l'on dit, ce que l'on fait souvent ; que l'on soit en même temps excité, agité ou déprimé intellectuellement et affaissé.

Incohérence avec excitation. — J'utilise de nouveau l'observation de Gard... qui m'a déjà servi à plusieurs reprises comme exemple (p. 20 et 22) et je reprends l'étude de son bavardage. Voici un passage typique.

Gard... se met à genoux, les mains jointes, puis dit : « Voici ce que je demande, 1, 2, 3, 4, 5, 6. »

D. — Où demeurez-vous ?

R. — Je ne veux pas le dire (allusion à une idée délirante), parce que ce serait affreux, rien du tout, rien du tout, ah ! l'étincelle, ah ! tous les papiers que je vois là (il y a des papiers sur la table effectivement) ; il y en a des milliers, des millions ; voulez-vous m'en donner quarante ? Tenez, vivez pour l'éternité.

D. — A quel âge avez-vous eu la vérole ?

R. — A trente-huit ans.

« Ah ! il écrit (se tournant vers l'interne qui écrit.)

« Ah ! il fait un geste (l'interne provisoire a fait un geste.)

« Ah ! les papiers, les papiers, il y en a, il y en a (regardant le casier où il y a des papiers.)

D. — Quel métier faites-vous ?

R. — Ah ! j'en fais beaucoup... contemplez-moi, contemplez-moi tous, ce serait trop affreux et je me tais (idée délirante).

Il se tait, puis reprend :

— Ce que vous voudrez, cinquante millions c'est trop, ah ! je vois, trente millions et une automobile. Vous êtes cinq ici. Oh ! je vois bien, je ne suis pas lancé dans l'air. Oh ! une pierre de taille, ce n'est pas joli ; ce que vous voudrez, moi j'ai un enfant, je l'aime à la folie ; où j'y suis, j'y reste.

(Le médecin à mi-voix : — Il a un accent !)

— Oui, je suis du midi, je suis gascon. »

Puis il se met à danser, disant : « Réjouissez-vous ! »

Il remarque la casquette de l'infirmier avec les lettres A. P. « A. P., dit-il, appelés peu d'élus. » Puis, il crie d'une voix tonnante : « De l'audace, de l'audace, N. de D. de maq.... Je vous ferai des choses affreuses, des choses que Dieu

le Père en aurait honte, mais je suis le Fils et le Fils ne doit pas être criminel. »

Si l'on met à part les allusions à une idée délirante que la suite nous a révélée, il est bien évident que ce passage du bavardage est incohérent. L'attention du malade, instable tout comme dans la manie franche, lui permet pourtant de se trouver en relations avec le monde extérieur, ce qui ne se rencontre que dans les cas où l'incohérence n'est pas trop profonde. Il répond aux questions même en les éludant. Il ne sait d'ailleurs pas où il se trouve ni à quelle date on est (désorientation dans le temps et l'espace).

Sab... (obs. complète, plus loin), plongeur de restaurant, est un alcoolique subaigu qui entre à Bicêtre pour excitation intellectuelle avec incohérence, avec une agitation très modérée mais aussi incohérente. Le malade amené dans le cabinet reste sur sa chaise, il ne répond à aucune question, mais son verbiage est incessant. Dans la cour il a mis sa casquette par terre, des cailloux sur sa casquette; il arrange ces cailloux symétriquement comme des pions en disant : « Lyon, Paris, gibier, soupe à l'oreille, fromage, bretelle et haricot, ça biche, rigo, riguette, rigotto, rigolliro prusaf, prusco, viguarette, ma sœur, j'ai ma ceinture, le livre et le bouclier, etc. » (Ces symptômes ont disparu au bout de quelques jours.)

Voilà un exemple très typique d'incohérence intense avec excitation. Les phrases et les mots isolés n'ont pas de lien logique entre eux; leurs relations tendent à se faire pour quelques-uns par ressemblance d'idées, par assonnance de mot, d'autres paraissent sans lien aucun, enfin il y a des déformations de mots qui paraissent ne rien signifier et des mots complètement *fabriqués* (néologismes.)

Q..., (dont on trouvera l'observation complète plus loin) est un délirant par infection ; il est très agité, d'une façon incohérente, et très excité; il prononce avec volubilité des phrases et des mots complètement incohérents, analogues à ceux du précédent alcoolique. Je cite seulement un passage de ce monologue qui diffère du précédent par des particularités remarquables : « Cassé le bout, battu, content, ficelle, épatant la mère Durand, ce qu'elle l'avait grand... Henri Quatre, il en faut quatre, trois, deux, un et un partout, tout. Ah ! le client à la vapeur. »

Si l'incohérence est aussi grande que chez Sab..., nous devons remarquer qu'ici les idées ou les mots s'associent par instants d'une façon spéciale, mais non logique (ce qui est l'as-

sociation supérieure), ainsi le mot « un » entraîne « et un partout », qui est une idée ou plutôt ici un membre de phrase usité au domino, le mot « quatre » entraîne « trois deux un » par contiguité, (bien qu'à rebours de l'ordinaire), enfin des espèces de jeux de mots par assonnance, par pseudo-rime : « Épatant la mère Durand, ce qu'elle l'avait grand. »

On voit donc ici que lorsque l'incohérence avec excitation est suffisamment intense, le cours des idées n'est plus un courant d'idées, mais un *courant de mots* qui se relient automatiquement encore parfois par les associations, dites de ressemblance et de contiguité, mais qui peuvent ne plus se relier du tout. Dans l'incohérence tout à fait extrême (avec excitation), les mots ne sont même plus entiers, il n'y a que des syllabes et même plus ou moins bien prononcées.

Dans les états précédents, cette incohérence est telle qu'elle empêche les relations correctes avec le monde extérieur; il semble bien qu'au fond cela tient à une confusion sous-jacente masquée par l'automatisme de l'excitation incohérente.

Mitr..., « dément précoce » (déjà cité p. 22) est excité et agité ; il tient difficilement en place et la joie se peint sur sa figure. On lui demande : « Vous avez vu le Bon Dieu ? » Il répond : « J'ai vu, oui, mais je ne peux pas m'expliquer. »

D. — Vous êtes juif?

R. — *Parfaitement, je le suis, je le sens,* je ne crains rien, *parfaitement, je le sens, je le suis, je le sens,* je suis ici Dieu, je suis à l'éternel, je suis juif, donc musulman, parce que *je le veux, je le suis, je le sens.*

D. — Vous êtes italien?

R. — Non, je suis Parisien. Avec vous qui êtes un homme vénérable, je le respecte. *J'ai raison, je le sens, c'est le son, j'ai raison.*

D. — C'était un agent de police qui vous ennuyait?

R. — C'était un de mes voisins. Je suis étudiant architecte. J'ai passé à Sainte-Anne, mais je n'étais pas cinq ânes...

. . . .

D. — Où êtes-vous né?

R. — (Soupire, lève les yeux au ciel). Je n'ai pas de pays, je suis errant, mais pas hareng...

. . . .

D. — Vous êtes immortel?

Etc.

Chez ce dément précoce, l'excitation avec émotion joyeuse et incohérence s'entremêle de répétitions verbales dites stéréotypies,

que j'ai soulignées et qui sont bien importantes à relever pour le diagnostic.

J'ai déjà parlé longuement de Gai..., paralytique général, joyeux et incohérent avec excitation. Il suffira ici de rappeler quelques lambeaux de son incessant bavardage : « Je reconnais bien la glace et mon casier; il y a tous les contrats de Leroy. Ça, c'est ma photographie ; tenez, voilà tous les dossiers signés par lui. Voilà mes rideaux, c'est ma femme qui les a ourlés sur mes dessins.... accouchement dans la forêt de Fontainebleau hier soir, etc., etc. » A un autre moment, de son lit où il se livre à de grotesques et incessantes contorsions, il distribue à tout le monde des poignées de main à profusion, et expansif et hilare, il fait des invitations pour « une promenade en auto avec des bretelles et la cloche de là-bas dans la cheminée avec Germaine, etc. »

Voilà des exemples très typiques d'incohérence avec excitation. Afin d'éviter les répétitions trop grandes, je présenterai des considérations générales sur ce symptôme après avoir montré l'incohérence avec dépression et à propos de l'incohérence en général.

Incohérence avec dépression intellectuelle. — Un alcoolique, Bas... (dont on trouvera l'observation plus loin) est en état de stupidité avec hallucination. Le premier jour où je l'ai vu, il ne répondait à aucune question et ne parlait pas spontanément. Le deuxième jour il finit par répondre aux questions, péniblement et d'une façon incohérente ; en entrant dans le cabinet d'examen, il avait, les yeux égarés, levé la main et dit : « Je me suis fait sauter le caisson en l'honneur de la patrie française en déployant le drapeau. » Le malade semble effrayé, halluciné :

D. — De quoi avez-vous peur

R. — De ma mère, la patrie.

D. — Où êtes-vous-né?

R. — Dans les Bouches-du-Nord.

D. — Où demeurez-vous?

R. — Dans l'invention du crime... Je ne m'en souviens pas, j'ai dormi tout le temps... Vive la mort!

Ici, les réponses sont faites lentement, difficilement, à voix basse et monotone, indiquant la difficulté de l'attention et la dépression intellectuelle intense. Il s'y mêle un certain degré de fonctionnement déréglé, incohérent, qui revêt la forme de la rêvasserie ordinaire, mais plus marquée, et qui devient du rêve. Il est très probable ici qu'il y avait des hallucinations visuelles, relativement intenses (1), et il est possible que la première phrase soit le reflet d'un épisode du rêve délirant, mais les réponses sont bien incohérentes : il n'y a pas de département des Bouches-

(1) A cause de l'alcoolisme.

du-Nord et la phrase en réponse à la dernière question (où demeurez-vous?) n'a pas de sens, tout en admettant que le « je ne m'en souviens pas » soit la reconnaissance par le malade de la perte du souvenir sur ce point. Il y a désorientation dans le temps et l'espace. L'attention spontanée est difficile, en un mot, il y a *le syndrome confusion très marqué*.

Souvent, les mêmes malades sont incohérents tantôt avec excitation, tantôt avec stagnation, si bien que le vrai fond du trouble intellectuel se trouve bien démontré ainsi être l'incohérence.

Incohérence simple. — Le dément Bon... (1) est tout à fait incohérent ; tantôt excité, tantôt ralenti. Aujourd'hui il est calme, mais bavard. Voici un fragment caractéristique du dialogue.

D. — Pourquoi étiez-vous en prison?

R. — C'est comme si je faisais des lingots.

D. — Dites-moi, vous avez été en prison. Pour quelle raison?

R. — Toujours pour les chevaux ; je prenais un nœud de cravate... la couleur que veux, je la fais apparaître.

D. — Comment attrapiez-vous les chevaux?

R. — Des fois il m'attrapaient bien aussi... Il a emporté notre filet.

D. — Comment est-ce que vous faites?

R. — Un beau ruban, suivant la couleur du ruban que vous mettez, le cheval apparaît ; vous mettez sur le soulier, vous faites quelques kilomètres et vous les voyez apparaître ; c'est encore plus fort que ce que je fais. Vous prenez un miroir et vous voyez partout. Il y a des petits trous avec des houles (*sic*), vous faites de la maison ce que vous voulez, elle tourne. Vous en faites ce que vous voulez. C'est tout ce qu'il y a de plus fort ; mais moi je fais sans rien.

D. — Comment cela fait-il venir les chevaux quand vous vous attachez un foulard de couleur au pied?

R. — Je place une couverture qui danse, alors je vois avec une botte qui a deux pouvoirs dedans qui... beaucoup marcher. Je fais d'abord ce que je veux, tout ça c'est défendu. Ça (c'est) bien mieux depuis que je suis ici. »

Il faut noter que Bon... est très bien orienté dans le temps et l'espace comme le montre une conversation tenue à un autre moment, et que par écrit il est beaucoup moins incohérent.

Voilà un exemple d'incohérence seule très nette. On en trouvera un autre encore plus beau chez un dément précoce à forme particulière, folie discordante verbale.

Le neurasthénique se plaint souvent de ne pas avoir ses idées en ordre. Non seulement elles stagnent comme je l'ai dit plus haut, mais souvent aussi elles « tourbillonnent », deviennent confuses, et le malade ne s'y retrouve pas. C'est là l'incohérence vue par

(1) N'ayant jamais eu de renseignements sur ce malade, il m'a été impossible de savoir exactement à quelle démence j'avais affaire.

le dedans, au milieu du syndrome confusion, atténué (voyez chap .XX).

Définition de l'incohérence. — On peut définir l'incohérence comme la succession des idées, révélée par le langage, ayant lieu sans lien logique ou associatif entre elles, même lorsqu'elles se présentent sous la forme d'une phrase extérieure correcte. Il va sans dire que cette incohérence peut ne se montrer que de temps en temps et d'une façon très variable dans les discours du malade, depuis la légère incohérence passagère jusqu'à la plus complète et la plus constante (chez le neurasthénique, l'incohérence n'est révélée que par l'aveu du patient). La pseudo-incohérence de l'excité pur, du maniaque, présente des associations par ressemblance et contiguité, interrompues de temps en temps par tel ou tel objet, sous l'influence de l'instabilité de l'attention, et elle tend à remplacer les associations supérieures par les inférieures c'est-à-dire entre les mots (d'ou les calembourgs fréquents), mais d'une façon égale ; l'incohérence pure est plus désordonnée, même sans excitation, comme on le voit chez Bon... Lorsqu'il y a incohérence et excitation, les deux sortes de symptômes s'entremêlent, l'incohérence est plus grande, le langage plus déformé dans son ordre, et de plus les conséquences propres de l'excitation, surtout l'instabilité de l'attention (lorsque celle-ci est encore possible), apparaissent. Il y a souvent émotion gaie, optimisme, quelquefois de l'irritabilité, de la tendance à la colère ou une irritabilité émotionnelle comme dans la manie. Dans l'incohérence avec stagnation, il y a aussi mélange des deux symptômes, et c'est surtout dans ce dernier cas que l'on peut distinguer plus clairement des symptômes corrélatifs, ou plutôt des *symptômes implicitement contenus dans l'incohérence générale*, à savoir la diminution et la difficulté de l'attention, la diminution et la difficulté ou l'erreur de perception, la diminution, la difficulté ou l'erreur de mémoire et d'imagination, la diminution ou l'absence ou l'erreur de jugement et de raisonnement, la désorientation dans l'espace et le temps, parfois même la désorientation dite personnelle (voyez tous ces paragraphes).

Tous ces symptômes qui indiquent la perte des relations normales avec le monde extérieur et même intérieur, auxquels il faut ajouter *la demi-reconnaissance de cet état par le malade qui essaie de lutter contre lui*, constituent le *syndrome confusion*, dont je reparlerai plus loin, et l'état de rêve. Les émotions sont généralement,

elles aussi, incohérentes ou absentes, suivant que l'incohérence ou la stagnation prédomine. Enfin, les actes aussi sont incohérents, comme le montrent les exemples cités ci-dessus.

Certains malades incohérents écrivent. On doit observer s'ils sont plus incohérents par écrit ou en paroles. Cela dépend de l'affection dont ils sont atteints (voyez aux types cliniques).

Diagnostic de l'incohérence. — La première chose à faire est d'éliminer la *pseudo-incohérence du maniaque*. Ce que j'ai dit plus haut suffit. Mais dans les cas intenses, lorsqu'il s'agit d'une manie qui est devenue très aiguë, il est impossible, sans renseignements précis, de faire le diagnostic du symptôme et souvent même du trouble mental, car la pseudo-incohérence est devenue de l'incohérence.

On doit écarter aussi la *pseudo-incohérence par langage inapproprié* (qui est une forme du « Psittacisme » des auteurs.) Le type de ce langage est celui prêté par plaisanterie au gendarme qui dresse procès-verbal et qui emploie des mots dont il ne connaît pas la portée. Quelques malades, des débiles le plus souvent, emploient ce langage (voyez plus loin l'exemple de Delz...) Vient ensuite la *pseudo-incohérence par symbolisme*. Le malade sait ce qu'il veut dire, mais emploie des mots ou des tournures particulières et des néologismes (voyez l'exemple de Mlle Pou....).

La *pseudo-incohérence du délirant* qui fait *allusion* à son délire se combine fréquemment avec la précédente (toutes deux chez des persécutés chroniques).

C'est ainsi que Gou... E. (déjà cité p. 62) me dit un jour que je voulais causer avec lui : « Je n'ai rien à ajouter à ma première visite. »

D. — Quelle visite?

R. — Celle que je vous ai faite. Vous ne voulez pas, vous ne voulez pas... dans un tournoi international, vous me mettez toute la France sur le dos et vous qui appartenez à la science, vous avez le tort de me combattre. Je n'ai rien à vous dire, je n'ai rien vu. Sur le territoire français on doit trouver une intelligence... etc.

Ceci n'est pas un langage incohérent, mais un langage de persécuté chronique avec idées de grandeur, qui fait allusion à des idées délirantes systématiques étendues.

On doit aussi distinguer le *langage de perroquet purement automatique* (« psittacisme »), sans idées, des déments ou des confus intenses, de l'incohérence où il y a encore des idées. Cela est parfois fort difficile, car il y a transition insensible de l'un à l'autre,

quelquefois alternance de l'un et de l'autre, et cela n'a peut-être pas une grande importance pratique. D'ailleurs, dans les exemples donnés, j'ai confondu les deux choses. Ce qui en a davantage, c'est de distinguer de l'incohérence le « *jargon* » *de l'aphasique sensoriel*.

Enfin, il y a des cas de *langage réflexe* que je signale en passant, mais qui n'ont guère de signification.

L'incohérence générale intellectuelle peut exister sans délire proprement dit, mais elle peut exister aussi avec lui et alors le délire est incohérent. Mais quelquefois, celui-ci l'est beaucoup et le reste de l'intelligence moins. Enfin, il y a des incohérences partielles de l'intelligence, qui constituent des erreurs de mémoire, d'imagination, de jugement, de raisonnement, dont je parlerai plus loin.

Valeur sémiologique de l'incohérence. — L'incohérence est en somme le désordre généralisé de l'intelligence considéré indépendamment de tout délire (voyez à Idées délirantes) et de toute hallucination, avec lesquelles elle se rencontre très souvent d'ailleurs (dans certains cas où il y a un délire incohérent ou un délire de rêve, comme j'en cite un exemple plus loin, il peut y avoir conservation de la cohérence intellectuelle en dehors de ce délire). Elle peut se rencontrer dans tous les états où le cerveau est touché par une intoxication, une infection, une atteinte directe portée à son fonctionnement, inanition, épuisement, traumatisme, épilepsie, en mot dans ce qu'on appelle des états aigus ou subaigus et dans les états dits chroniques, dits démences, particulièrement la démence précoce à sa période de démence, la paralysie générale et les démences sénile et artérielle. On ne peut faire le diagnostic du type clinique qu'en tenant compte de *tous les autres symptômes*, mais on devra se rappeler que :

1° *L'incohérence avec excitation* peut se rencontrer dans tous les troubles par lésion directe, toxique ou infectieuse, dans la manie très intense, ou dans les *épisodes aigus* des *états chroniques démentiels*, particulièrement l'alcoolisme chronique et la paralysie générale. C'est-à-dire que lorsque ce double symptôme se présente on doit toujours penser que sous lui il *peut* y avoir un état dit d'affaiblissement intellectuel (voyez chap. XXII), s'il n'y a pas de signes nets d'état purement aigu, d'autant plus que cet état démentiel paraît faciliter cette incohérence (surtout lorsqu'il y a délire, voyez chap. XXII).

2° *L'incohérence avec dépression* fait partie du syndrome confusion. Ce syndrome est un des trois aspects ou des deux (si on réunit confusion et stupidité en un seul) sous lesquels apparaissent dans la très grande majorité des cas tous les troubles aigus de cause reconnue.

3° *L'incohérence sans excitation ni stagnation* que l'on peut appeler *incohérence simple*, pourtant le plus souvent avec tendance au bavardage et au monologue ou au contraire avec *l'inertie*, se rencontre avant tout dans les états d'affaiblissement intellectuels chroniques ou définitifs (démences), troubles chroniques de cause reconnue (en général).

Chaque fois qu'il y a incohérence, on devra rechercher les stéréotypies verbales qui se rencontrent surtout dans la folie discordante, comme le montre le cas Mitr... (mentionné p. 68).

Remarques sur les trois symptômes, excitation, dépression, incohérence. — Sauf quand l'excitation est dans les limites de la normale, chacun de ces trois symptômes est le signe d'une perturbation du *courant des idées*. Mais cette perturbation n'est pas du même genre que celle qui donne lieu au délire ou à l'hallucination, dite *trouble du contenu des idées*. Pourtant ces deux sortes de perturbations coexistent fréquemment et même l'*incohérence du délire est souvent un signe de l'incohérence intellectuelle générale*, passagère ou définitive. Ces trois symptômes, ces trois sortes de troubles, surtout l'incohérence, impliquent des perturbations des différents aspects que l'on peut distinguer dans le fonctionnement de l'intelligence en général. Plus ou moins, l'attention, la perception, la mémoire, l'imagination, l'orientation, le jugement sont atteints. Mais comme ils peuvent être lésés à part, il convient de les étudier aussi à part.

Inertie intellectuelle. — Mme Dec... (dont on trouvera l'observation complète au chap. Démence) est complètement inerte intellectuellement. Elle ne s'occupe à rien et reste sans bouger sur son banc toute la journée. Quand on l'interroge, si on met à part les pertes de mémoire, on s'aperçoit que le peu d'idées qu'elle a conservées ne paraissent pas l'occuper beaucoup. Le courant de pensées n'est guère accusé et l'activité intellectuelle est nulle. Quand l'on interroge sur ce qu'elle peut éprouver, elle répond sans effort, sans hâte, froidement, complètement indifférente, pour retomber ensuite dans son inertie.

C'est là un type d'*inertie intellectuelle dans un état de démence*. La pensée stagne sans que le malade ait de la peine apparente à penser. Je ne parle pas des idiots chez qui, évidemment,

le courant des idées est peu rapide. Mais certains imbéciles, et même débiles, font preuve d'une paresse intellectuelle remarquable, ne s'occupant à rien, vautrés dans leur lit ou dans la cour de l'asile. Il y a ici encore *inertie intellectuelle*, mais avec *insuffisance de développement*. A côté de ces deux types se trouve *celui de la « démence précoce » au début*, quand il n'y a pas encore démence.

Ainsi, la jeune Arj..., dont j'ai déjà parlé à propos de l'indifférence émotive et sentimentale, présente une inertie intellectuelle remarquable. A son âge, les enfants font preuve d'activité intellectuelle, ils travaillent ou jouent; elle, elle reste dans un coin sans rien dire et sans rien faire; elle répond sans empressement, mais sans difficulté, aux questions, sa mémoire parait intacte et son intelligence parait ne pas être amoindrie. Rien que cette paresse intellectuelle énorme. Quand on lui demande à quoi elle pense, elle répond : « A rien » ou « Je ne sais pas. »

Chez Pon..., ce dément précoce, dément actuellement, (cité déjà p. 9, 44 et 51), on trouve une inertie intellectuelle aussi grande. Son intelligence est inerte : il ne parait pas penser spontanément; il ne fait absolument rien. Quand on l'interroge, il répond sans lenteur ni difficulté, et il faut quelquefois insister pour le mettre en train. Mais chez lui, la perte de mémoire, bien que peu marquée, est suffisante pour marquer la démence; elle est hors de proportion pourtant avec l'énormité de l'inertie.

Ces exemples suffisent. Il est inutile que je dise que cet état peut se rencontrer dans tous les états de *démence* et dans ceux de *faiblesse congénitale de l'esprit* ainsi que dans *la démence précoce* AVANT *la démence*. Il faut soigneusement distinguer cette inertie de la dépression comme je l'ai déjà dit à propos de cette dernière (p. 64). L'apathie, l'indifférence totale accompagnent l'inertie, et il y a d'autres signes qui ne permettent pas de conclure à un obstacle senti par le malade, mais seulement à l'arrêt simple par défaut de moteur, pourrait-on dire, émotif ou sentimental. Nous retrouverons encore ce diagnostic plus en détails à propos des syndromes et des états de démence.

Je ne veux pas parler non plus des cas difficiles où, avec cette inertie, se rencontrent d'autres symptômes.

En somme, quand l'inertie apparaît sans cause dans l'enfance, on doit d'abord songer à la démence précoce ; c'est sa principale *valeur sémiologique*, car dans les syndromes démence et arriération les autres symptômes sont plus importants. Pourtant, elle peut se rencontrer presque seule au début des vraies démences, surtout de la P. G.

CHAPITRE IV

L'ATTENTION

Sommaire. — *Augmentation de l'attention* sous l'influence d'un intérêt dû à une idée délirante. L'attention suggérée. Attention intense chez quelques déséquilibrés.

Instabilité de l'attention. — Dans l'excitation peu intense avec peu d'incohérence ; dans la neurasthénie. Indique un éveil trop prompt et moins de persistance de l'attention, moins de profondeur; l'attention est superficielle. Se rencontre dans les folies discordantes.

Affaiblissement, faiblesse de l'attention. — Exemples dans l'alcoolisme aigu avec ou sans confusion. Distinction de l'attention spontanée et volontaire, extérieure ou intérieure. Rapport avec la volonté. Affaiblissement dans les délires infectieux, traumatique, épileptique; est un peu différent suivant qu'il y a délire de rêve (distraction) ou confusion (empêchement). Faiblesse dans l'arriération mentale. Affaiblissement dans les états de démence, surtout la P. G. L'attention est affaiblie dans les folies discordantes, mais encore plus en apparence qu'en réalité : c'est plutôt une *inertie* de l'attention. Affaiblissement dans la mélancolie et la neurasthénie.

Valeur sémiologique grande suivant le mode d'affaiblissement : difficulté ; inertie acquise ou infantile. Rapport avec l'indifférence.

Distraction de l'attention. — Sous l'influence du délire, de l'obsession, de l'émotion.

Mimique de l'attention.

Augmentation de l'attention. — Aub..., est très inquiet quand il vient dans mon cabinet; il s'imagine qu'il va être exécuté et que je l'ai empoisonné avec du laudanum (essayé effectivement à son entrée à cause de anxiété) ; il suit tous mes mouvements et ceux de l'interne qui note par écrit les réponses à mon interrogatoire.

Dans ce cas il y a, sous l'influence de l'idée délirante, une augmentation et une direction spéciale de l'attention spontanée, mais qui ne dépasse pas ce qui se produirait chez un individu normal ayant des soupçons sur mes intentions à son égard.

Il en est de même chez Ler..., persécuté systématique, qui épie avec méfiance tous mes faits et gestes quand je cause avec lui.

Dan..., hystérique, est pris de temps en temps d'idées noires et d'idées de suicide. J'avais essayé (il y a longtemps) à plusieurs reprises de l'hypnotiser (1)

(1) On hypnotisait encore dans ce temps là.

pour lui faire de la suggestion thérapeutique. Il s'y prêta volontairement. A un certain moment, il finit par être assez entraîné pour s'endormir un peu par la fixation d'un objet brillant, tel que l'anneau d'une montre. Dans cette manœuvre il arrivait à fixer ses regards sur cet anneau avec une attention volontaire qui se changeait bientôt en ce qu'on appelait « fascination », *attention involontaire automatique, suggérée,* qui n'est plus de l'attention réelle.

On voit la différence entre *l'attention spontanée, involontaire* et *l'attention volontaire* qu'il faut savoir distinguer et rechercher. Car elles sont souvent indépendantes l'une de l'autre. Quant à leur augmentation, on ne peut pas dire qu'elle arrive véritablement à dépasser les limites de la normale chez les aliénés. Fou ou non, on ne fait attention que quand on y a *intérêt.* Mais la profondeur, la longue durée, la ténacité de l'attention sous ses deux formes, se rencontrent exceptionnellement chez les hommes de génie (concurremment avec la patience) ou de grand talent, et chez certains déséquilibrés passionnels ou inventeurs de systèmes, de machines bizarres, qui travaillent jour et nuit à leurs prétendues découvertes.

Instabilité de l'attention. — L'exemple détaillé de Gard..., que j'ai donné au paragraphe Incohérence avec excitation, suffit pour montrer ce que c'est que l'instabilité de l'attention : « Ah ! il écrit ! (se tournant vers l'interne qui écrit) ; ah ! il fait un geste (l'interne provisoire a fait un geste) ; ah ! les papiers, les papiers, il y en a, il y en a (regardant les casiers où il y a des papiers) », etc.

J'ai eu l'occasion de voir un jour un enfant, Ima... au début de l'hébéphrénie. Il présentait de l'excitation intellectuelle avec incohérence et quelques idées délirantes et un peu d'agitation. Mais ce qu'il y avait de plus frappant était une instabilité de l'attention très intense. L'éveil de l'attention paraissait augmenté, parce que le malade faisait part à voix haute de ses remarques. C'est ainsi qu'il remarqua sucessivement le cordon de tirage des rideaux, qui lui rappelait une poulie pour les dirigeables (?), la barbe grise du médecin, ce qui lui fit dire que ce médecin était vieux, les chaussures jaunes d'un des assistants, etc.

Chez le maniaque pur, il en est exactement de même que chez ces deux excités incohérents. Inutile de donner ici un exemple (Voyez au chap. Manie).

Le neurasthénique psychique S..., qui s'observait très bien, avait remarqué cette instabilité chez lui-même, à un moment où il était très fatigué. Il lui arrivait, par exemple, en mettant son pantalon, d'enfiler une jambe, puis ayant remarqué une épingle par terre, de ramasser cette épingle et enfin d'enfiler la deuxième jambe.

Cette *instabilité* indique un *affaiblissement de l'attention spontanée* : l'*éveil* de l'attention est plus facile, mais celle-ci, moins durable et moins profonde, est *superficielle ; l'attention volontaire* est impossible dans les cas d'excitation très intense; elle est pénible, difficile dans le ralentissement psychique neurasthénique. On a voulu (Kraepelin et ses élèves) faire de la facilité de cet éveil un signe diagnostique entre l'état de manie et l'excitation du dément précoce : *Il n'en est rien*. L'instabilité de l'attention chez le dément précoce Mitr... était très grande. On en trouvera un exemple encore plus net au chapitre des Folies discordantes.

L'affaiblissement de l'attention, par contre, ne s'accompagne pas toujours de facilité de l'éveil de l'attention; les faits suivants le démontrent.

Affaiblissement, faiblesse de l'attention. — L'alcoolique Boil..., fait une certaine attention à l'entrée dans le cabinet du médecin, sur l'interpellation de celui-ci, pour bientôt s'absorber dans son rêve, et alors il ne fait plus attention à rien.

Il y a la perte de l'attention spontanée pour le monde extérieur, elle est *détournée* ici par quelque chose, ce qui est fort important. Pourtant l'interpellation fixe le malade pour un instant (1) et il répond suffisamment pour qu'on puisse connaître son délire, ce qui indique que l'attention volontaire est encore possible. Mais il est incapable de travail, donc en gros son attention volontaire est atteinte : il est le jouet automatique de ses hallucinations et illusions, de son rêve.

L'alcoolique Bas.... (p. 69) est encore plus touché : son attention est très difficile à éveiller : il a de la peine à répondre aux questions, il fait effort pour cela, l'attention volontaire extérieure est très pénible et courte.

Cela tient à ce qu'il est dans l'état de confusion avec délire de rêve (voyez ces articles), qui absorbe le peu d'attention spontanée que lui laisse sa confusion, et qui exclut toute attention volontaire interne, toute réflexion voulue, tout comme dans le rêve ordinaire.

Mais la *constatation de cet effort volontaire d'attention* au milieu d'un désordre intellectuel est importante, car elle *révèle l'existence du syndrome confusion*, comme je l'ai déjà dit.

(1) C'est Lasègue qui, le premier, a insisté sur ce fait et non Bonhœffer, comme le disent les Allemands. Bien que ne faisant pas de bibliographie, je crois devoir rectifier ce petit point d'histoire.

Ces deux exemples montrent ce qu'on entend par affaiblissement de l'attention. Il faut distinguer l'attention spontanée de la volontaire, tant intérieure qu'extérieure, et la « distraction » de l'empêchement (voyez à Distraction). L'attention intérieure est celle qui porte sur les idées, sur le travail intellectuel, la méditation; l'attention extérieure porte sur les perceptions. Les affaiblissements ou perversions de ces deux attentions peuvent être envisagés comme manifestations de la volonté (voyez le chap. Volonté).

Il me paraît inutile de donner beaucoup d'autres exemples, très analogues pour les délires infectieux, traumatique, épileptique, dans lesquels les syndromes confusion et délire de rêve dominent et qui revêtent des aspects si semblables.

Min.... est d'un niveau intellectuel assez peu développé, que l'on appelle ordinairement arriération mentale. Pourtant elle est active, s'occupe des choses extérieures qui fixent son attention; elle veut bien faire attention aussi aux questions qu'on lui pose, tant qu'elles sont sur des sujets courants. Mais dès qu'on lui pose des questions d'un ordre un peu abstrait, *au-dessus* de son niveau mental, elle se refuse à chercher à y répondre, à fixer sur elle son attention volontaire. Elle se refuse à la réflexion, qui lui est évidemment difficile et pénible, quand cette réflexion dépasse ses capacités.

Il y a là un petit phénomène assez intéressant et que nous retrouverons analogue (mais d'un mécanisme différent) dans d'autres cas, dans les pertes de mémoire par exemple (voyez l'observation de Lac.) où le malade ne veut pas faire attention pour chercher à reconstituer un souvenir. Dans le cas de la faiblesse intellectuelle congénitale, l'attention volontaire est ordinairement faible; elle est nulle dans les cas d'idiotie intense. Bien qu'elle soit en gros assez proportionnelle au degré du niveau mental, il y a des cas où cette attention volontaire est assez développée, au-dessus du niveau, pour certaines choses. Son étude détaillée rentre alors dans celle des types cliniques de l'arriération. En tous cas, la faiblesse de l'attention volontaire est le plus grand obstacle à l'éducation.

Pour les états de démence, je rappellerai seulement comme exemple le paralytique général Ven... que j'ai déjà cité (p. 4). Il fait attention spontanément quand on l'interroge, mais son attention volontaire est très amoindrie; il est incapable de s'occuper à quoi que ce soit. Un bon procédé pour dépister la faiblesse ou l'affaiblissement de l'attention volontaire interne est le suivant qui, chez Ven..., a très bien réussi, c'est de demander au patient de

réciter les mois de l'année à rebours. Le malade pouvait encore faire quelques calculs de tête, mais après avoir récité les mois de l'année correctement (quoique avec accroc de la parole), il lui a été impossible de les réciter à rebours. Un autre bon procédé pour l'attention extérieure est de faire écrire le malade; on voit s'il fait des fautes (sauter des lettres, des mots) et on le fait se relire. Un paralytique général comme Vent... est hors d'état de faire attention à ces erreurs. Un autre bon moyen analogue est la correction simulée d'épreuves typographiques (Bourdon); on demande de rayer dans un texte tous les *a* ou une autre lettre. Il est bien entendu que cet affaiblissement de l'attention est très variable suivant les cas et les périodes de la P. G., mais à un moment donné, même très prématurément, il est intense et généralisé.

On trouvera des exemples analogues dans les autres types de démence.

Dans la démence précoce, quand il n'y a ni stupeur ni excitation, l'attention volontaire est amoindrie, nulle ou à peu près, l'attention spontanée, restreinte aux choses qui intéressent les instincts élémentaires. Cependant il y a des surprises.

Ainsi, un jour que je me trouvais près de Delo..., dément précoce hébéphrénique, qui debout dans un coin paraissait complètement inattentif, grimaçant automatiquement comme à son ordinaire, je dis tout haut qu'il faudrait voir si ses organes génitaux étaient normaux. Immédiatement, comme mû par un ressort, Delo... s'approche de moi en déboutonnant et baissant son pantalon.

L'*inattention* des déments précoces peut donc être *plus apparente que réelle*, et effectivement si on les interroge, on s'aperçoit qu'ils ont le souvenir, souvent très bien conservé, d'une foule d'incidents de la vie du service auxquels ils ont dû forcément faire attention. Ils semblent donc avoir une *inertie de l'intelligence et de la volonté* plutôt qu'un véritable affaiblissement, ce qui concorde avec ce que j'ai déjà dit (p. 75) à propos de l'inertie intellectuelle.

Dans la manie, nous avons vu que l'affaiblissement de l'attention se marque par son instabilité.

Dans la mélancolie, Cal... (p. 24) nous montre l'affaiblissement de l'attention volontaire, spontanée, intérieure, extérieure; cela se traduit extérieurement par la dépression motrice, parallèle au ralentissement du courant intellectuel, dépression intellectuelle.

Mme V... est une neurasthénique psychique; le travail intellectuel lui est très pénible; la réflexion la fatigue beaucoup et son *attention volontaire interne* ne peut se prolonger longtemps sans amener des troubles de la vue, de la céphalalgie et parfois un sentiment désagréable qui rappelle celui de la syncope. Il en est de même pour l'*attention volontaire externe*. Cette dame a dans ces moments là, plus marquée, l'incertitude de la volonté, elle a de la peine à se décider à choisir entre les actes à accomplir.

Cette « aboulie » motrice est du même ordre que l'affaiblissement de l'attention volontaire, « aprosexie », et les deux sont le plus souvent étroitement liés. — J'en reparlerai plus loin à propos de la volonté.

Valeur sémiologique. — En somme, l'affaiblissement de l'attention, qui va jusqu'à la perte totale dans les cas de coma, de stupidité profonde, de démence ultime, peut être dû à une difficulté de l'attention ou à une inertie de l'attention. Cette difficulté se rencontre dans les cas où il y a ralentissement avec incohérence des idées, stupidité ou confusion, ou fatigue neurasthénique; cette inertie se trouve dans la folie incohérente, dans les états d'inertie intellectuelle démentielle ou de faiblesse congénitale intellectuelle. C'est en tous cas un signe important, comme on le voit, et sa valeur sémiologique est grande, mais il faut avoir soin de distinguer tous ses modes, comme je l'ai indiqué chemin faisant. Il ouvre des aperçus non seulement sur l'état de l'intelligence, des sens et de la volonté, mais indirectement sur l'état émotionnel et sentimental, sur l'indifférence, puisque l'attention est dirigée par *l'intérêt*.

Diagnostic. — Il ne faut pas oublier que des lésions sensorielles ou l'aphasie peuvent faire croire à l'inattention, quand il n'y a en réalité que défaut de sensation ou d'expression.

Une autre distinction à faire est la suivante :

Distraction. — L'attention *absorbée* par le délire, l'hallucination, une idée obsédante ou une émotion ne se dirige pas ailleurs; on dit qu'il y a distraction. Il faut rechercher les signes des autres symptômes qui l'entraînent, mimique délirante, hallucinatoire, émotive, etc., et ne pas conclure à la perte de toute attention.

La distraction spéciale de l'hystérie sera étudiée au chapitre Hystérie.

Mimique de l'attention. — C'est à la mimique de l'attention surtout, mais *aussi au langage* que nous jugeons si le malade a encore de l'attention et à quel degré. Cette mimique, que l'on peut

aussi appeler *mimique intellectuelle*, indique si l'intelligence fonctionne. Ce sont aussi les *traces mimiques*, rides ou accentuations musculaires, qui montrent d'une part l'habitude d'une pensée, d'une réflexion (attention tournée vers le dedans), et qui constituent la physionomie intelligente, d'autre part les reliquats des émotions habituelles, révélations de certains traits de caractère. Il y a contraste entre cet aspect et le masque de la stupeur, de la confusion, de la débilité mentale, de la démence (voyez aux chap. concernant ces syndromes). Mais cet aspect est quelquefois trompeur. Dans certaines démences il arrive parfois qu'il y a une conservation surprenante de la mimique avec une inertie intellectuelle presque totale ou avec une incohérence extrême : le malade, qui ne pense à rien et ne remarque rien, reste silencieux et parait réfléchir ou remarquer quelque chose avec une profonde attention. D'autres bavardent éperdûment d'une façon complètement incohérente, mais avec l'apparence d'un discours approprié et intentionnel (voyez aussi *Litanie déclamatoire*). Il faut faire grande attention à cette disjonction de l'expression d'avec l'exprimé (voyez l'obs. Delz...,), de même qu'aux cas de lésions de la face, paralysie ou spasmes, par exemple dans la paralysie agitante, etc. J'ai fait une remarque analogue pour la mimique émotive (p. 34).

CHAPITRE V

LA MÉMOIRE (1)

Sommaire. — *Exagérations et faiblesses congénitales. Singularités de la mémoire.* — Pour les arriérés, renvoi aux types cliniques. Mélange d'exagération et de faiblesse chez le même individu; quelques exemples. Peu d'importance de ces variations. Grande importance parfois de savoir rechercher séparément l'état de l'acquisition, conservation, évocation, localisation des souvenirs.

Involution normale sénile de la mémoire. Tendance à la fausse réminiscence.

Exaltation générale de la mémoire dans l'excitation intellectuelle, surtout dans la manie. *Vision panoramique rétrospective:* un exemple.

Exaltation partielle de la mémoire. Dans la mélancolie, les folies de persécution.

Conservation de la mémoire pendant le trouble mental. — Ne se rencontre pleinement que dans les folies systématiques (anciennes monomanies) et dans certains cas de déséquilibre mental. Dans la mélancolie la mémoire est paresseuse.

Apparitions de troubles de la mémoire dans le cours du trouble mental. — Deux exemples. Grande importance pour annoncer l'apparition de la démence, quelle qu'en soit l'origine, toxique, infectieuse, organique, vésanique.

Affaiblissement concomitant avec d'autres troubles mentaux. — Exemples dans l'alcoolisme, les états infectieux, l'épilepsie, etc. Dans les démences toxiques, la P. G., organique, etc. Dans la mélancolie la mémoire est plutôt paresseuse qu'abolie. Mémoire retardée dans la neurasthénie. En somme, cet affaiblissement fait partie des syndrômes confusion et démence. Au début de l'affection, grande importance pour le syndrôme démence surtout.

Troubles prédominants ou uniques de la mémoire.— 1° *Reconnus du malade*, dans la neurasthénie, dans la P. G. au début. — 2° *A demi reconnus du malade*, dans le syndrome de Korsakoff, au début et dans le cours de certains cas de démence épileptique, organique, sénile. — 3° *Non reconnus du malade*, dans la démence épileptique, la P.G. au début, la démence organique, la démence sénile. Grande valeur surtout pour le pronostic : apparition d'une démence d'emblée. Ne pas confondre avec la neurasthénie ou avec la perte de mémoire consécutive à des troubles mentaux (Voyez plus loin).

Perte de la mémoire spéciale des mots dans l'aphasie.

Perversions et faux souvenirs. — Exemple dans la neurasthénie avec doute, dans la démence sénile au début, dans le syndrome de Korsakoff, dans la démence sénile avérée, dans la P. G. Rapports avec les rêves. Faux souvenir, délire rétrospectif dans la folie systématique.

Diagnostic. — Aspect de pseudo-souvenir chez des incohérents. Mensonge.

Valeur séméiologique. — Penser avant tout, suivant l'âge, à la P. G., à la démence sénile, à la psychose de Korsakoff, surtout alcoolique (névrites).

(1) Dans ce chapitre je n'ai pas voulu étudier en eux-mêmes les troubles de la mémoire, ce qui est plutôt affaire de psychologie, mais seulement leur valeur séméiologique.

Affaiblissement et erreurs de reconnaissance. — Renvoi plus loin.

Etat de la mémoire postérieurement aux troubles mentaux.

1° *Souvenirs du trouble conservés.* — Exemples dans la mélancolie, l'alcoolisme aigu peu intense, même l'épilepsie.

2° *Souvenirs erronés.* — Exemple chez un P. G. absinthique en rémission. Importance pratique.

3° *Oubli partiel.* — Exemple chez un épileptique.

4° *Oubli total du trouble mental.* — Exemple chez des épileptiques.

5° *Oubli portant sur une période antérieure au trouble* (*amnésie rétrograde*). — Exemple chez un épileptique.

6° *Oubli s'étendant postérieurement au trouble* (*amnésie antérograde*). — Epilepsie. Traumatisme.

7° *Oubli s'étendant avant et après le trouble* (*amnésie rétro-antérograde*). — Exemple chez un pendu.

Valeur séméiologique. — La perte du souvenir de l'accès du délire épileptique n'est pas constante ni absolue. *Importance médico-légale.*

Exagérations et faiblesses congénitales de la mémoire. Singularités (*Idiosyncrasies*) de la mémoire.

Chez les idiots, imbéciles, arriérés, il y a une faiblesse congénitale de la mémoire sur laquelle je n'insiste pas ici ; on en verra des exemples avec types cliniques. Parmi ceux-ci, il y en a qui présentent un mélange de mémoires particulières développées et de mémoires insuffisantes.

Rat..., a pu apprendre à lire, à écrire, à compter ; il sait même faire de tête des multiplications de trois chiffres par trois chiffres, et il apprend et se rappelle avec une facilité étonnante les chiffres et les dates (mémoire des dates). Mais il est incapable d'un métier quelconque. Il a fini, à la section des Enfants de Bicêtre, par apprendre à rouler une brouette au marais, mais sous une surveillance étroite ; et il n'a pu dépasser ce niveau de capacité. Il manque de mémoire dite musculaire.

D'autres personnes, normales, présentent des phénomènes analogues, toutes proportions gardées.

Zed..., médecin, grand liseur de toutes sortes d'ouvrages philosophiques, psychologiques et littéraires, a une mémoire très faible pour les noms propres, à peu près nulle pour les dates et les chiffres. Etant au lycée, il lui était presque impossible d'apprendre par cœur les leçons de latin ou de français, exigées en classe, malgré deux heures d'efforts pour une petite page (faiblesse du pouvoir d'acquisition automatique), et, s'il parvenait à savoir sa leçon pour le moment de la classe, il l'oubliait aussitôt après (faiblesse de la conservation). Il lui est difficile de se rappeler à quel moment s'est passé tel ou tel fait (localisation dans le temps). En revanche, il se rappelle très exactement dans quel ouvrage se trouve tel ou tel passage qui l'intéresse (localisation dans l'espace), et qu'il serait incapable de réciter textuellement. Il manque de présence d'esprit et a, comme on dit, la « mémoire de l'escalier » (faiblesse de l'évocation). Il

reconnaît bien les personnes, même quand il ne les a pas vues depuis longtemps, mais il ne sait pas les noms (mémoire bonne pour les physionomies, mais faible pour les noms propres). Il lui est impossible de dessiner de mémoire, bien qu'il sache dessiner. Enfin s'il lit et comprend très facilement plusieurs langues étrangères, le pouvoir qu'il a de les parler est extrêmement faible en comparaison. L'évocation automatique des mots se fait mal. Zed..., a bien d'autres particularités que je ne rapporterai pas.

A..., très intelligent, a une bonne mémoire générale; elle dépasse l'ordinaire sur certains points. Ainsi il peut se rappeler les dates des événements importants pour lui, même beaucoup de dates historiques, et avec la précision du nom du jour même. Il se rappelle mot pour mot de multiples conversations; il est un répertoire inépuisable d'anecdotes, d'historiettes vécues, toujours intéressantes.

Il est inutile de développer plus longuement ces détails. Je n'ai eu pour but en les exposant ici que de rappeler que la mémoire est *multiple et diverse*, qu'en réalité il y a plusieurs mémoires et que chaque mémoire doit être envisagée dans ses différents éléments constituants : *acquisition*, *conservation*, *évocation* (*volontaire ou non*), *localisation dans le temps et l'espace*. Ces éléments peuvent chacun être troublés dans leur fonctionnement ou pervertis. L'examen complet de la mémoire d'un individu normal ou pathologique doit reposer sur l'étude de tous ces éléments ; mais cela rentre plutôt dans les recherches de psychologie individuelle. Il dépasse le plus souvent les besoins de la clinique journalière, pratique et terre à terre, dont je traite ici. Aussi, dans ce qui suit, lorsque je parle d'affaiblissement, de trouble de la mémoire ou d'oubli, je parle surtout de l'évocation, parfois de l'acquisition et de la conservation, et j'ai surtout en vue les souvenirs se rattachant soit à des notions importantes pour l'individu (âge, nom, date de naissance, de mariage, etc., nombre des enfants, etc., adresse, noms des patrons, etc.), soit à la vie journalière domestique, familiale, professionnelle ou sociale. Pourtant, dans certains cas, comme on le verra plus bas, on peut être amené à tenter un examen plus complet sous ce rapport (1). J'en donnerai un exemple à propos du syndrome de Korsakoff.

Involution normale sénile de la mémoire. — Elle est bien connue. Elle consiste avant tout dans la diminution de la mémoire des faits récents et la conservation des faits anciens. Il y a ten-

(1) Comme le lecteur le remarquera, j'ai modifié ici encore le mode d'exposition suivi jusqu'ici.

dance à la *fausse réminiscence*, souvent par suite d'un mélange des rêves avec des souvenirs réels dont le vieillard ne fait plus bien la distinction. Il y a là quelque chose qui rappelle le syndrome dit de Korsakoff.

Exaltation de la mémoire. — Exaltation générale. — Elle se rencontre dans beaucoup d'états d'excitation intellectuelle à condition que l'incohérence ne soit pas trop grande (voyez plus haut), mais avant tout dans la manie (voyez observ. de Met...,).

Vision panoramique rétrospective. — Au moment d'un accident grave, subit, devant une menace de mort imminente, il arrive parfois qu'il y a une exaltation de la mémoire, qui donne au sujet de l'accident une « vision panoramique rétrospective » de sa vie entière (pseudo-hallucinations, hallucinations panoramiques de Féré).

Grâce à l'obligeance de M. Colon, surveillant-chef à Bicêtre, j'ai pu observer un ancien maréchal des logis de cuirassiers Lun... qui m'a raconté ainsi qu'il suit sa vision panoramique rétrospective :

« Le soir de mon arrivée au camp de la Valbonne (Ain), — j'étais alors sous-officier aux cuirassiers — nous allâmes, mes camarades et moi, faire une excursion aux environs du camp.

« Nous cheminions sur une colline assez élevée lorsque la nuit nous surprit. Nous étions en file indienne et j'étais en avant, lorsque voulant franchir une petite haie, je tombai brusquement dans le vide.

« Un chemin creux que l'obscurité m'avait empêché de voir coupait la colline, et les parois tombant à pic dans le chemin pouvaient avoir une hauteur de huit à dix mètres.

« Dès que je sentis le sol me manquer, j'eus une profonde angoisse, avec une sensation indéfinissable au creux de l'estomac.

« Le temps que je mis à arriver à terre me semblait interminable, et c'est alors que j'eus une vision rapide, mais très nette, de tout mon passé, et fis une sorte d'examen rétrospectif de conscience, m'interrogeant sur ce que j'aurais pu avoir à me reprocher.

« Je tombai le ventre sur un tas de cailloux; ma chute n'eut pas de suites graves, puisque le lendemain je partais aux manœuvres, muni d'un bandage compressif de la poitrine. »

Exaltation partielle de la mémoire. — Dans quelques cas de mélancolie et de folie de persécution il semble parfois y avoir une exaltation partielle de la mémoire; les malades fouillent dans leur passé et y retrouvent de petits faits insignifiants, qu'ils décrivent minutieusement, afin de fonder sur eux leurs idées délirantes. On

rencontre aussi, il est vrai, dans les mêmes circonstances, une manifestation contraire, des pseudo-réminiscences (voyez plus bas).

Au total, les exagérations, singularités et faiblesses spéciales, congénitales, l'affaiblissement normal sénile, l'exaltation généralisée ou partielle, temporaire, de la mémoire n'ont pas grande valeur pratique par eux-mêmes. Il n'en est pas de même de la faiblesse générale de la mémoire congénitale. Mais elle est facile à reconnaître, car elle empêche le malade d'acquérir l'instruction ordinaire à son âge ou à son milieu social. Ce n'est qu'avec l'affaiblissement général de la mémoire, surtout celui lié à la démence qu'on pourra la confondre. Ordinairement, on peut juger rien que par le savoir actuel du patient, s'il y a eu toujours absence ou perte de certaines notions, et, en cas de difficultés, les autres symptômes viennent aider au diagnostic.

Conservation de la mémoire dans tout le cours du trouble mental (en dehors de la manie). — La constatation d'un pareil fait est très importante, car elle ne se rencontre pleinement que dans ce qu'on appelait autrefois les monomanies.

Mme Gil.... est une folle persécutée systématique que l'on trouvera citée plus loin plusieurs fois. Elle n'a aucun trouble de la mémoire; elle se rappelle minutieusement les faits de sa vie passée et présente, qu'elle finit d'ailleurs par interpréter conformément à son délire.

Mlle Pou... est une vieille persécutée chronique (voyez aux Types cliniques) qui a soixante-dix ans et qui délire depuis plus de cinquante. Elle n'a pas de troubles de la mémoire, sauf un délire rétrospectif inventé de toutes pièces, mais qui a la prétention de donner des détails sur ce qui se serait passé à un âge dont elle ne peut conserver le souvenir.

Ces détails rétrospectifs des pseudo-souvenirs ressemblent, si l'on veut, à ceux qu'on verra décrits plus loin, mais ils sont liés ici étroitement au délire et ils laissent parfaitement intacte en dehors d'eux la vraie mémoire, ce qui n'a pas lieu dans les véritables pseudo-souvenirs (voyez plus loin).

Lecl... est un persécuté raisonneur, qui a une mémoire prodigieuse pour tous les faits et gestes, les démêlés, les histoires sans nombre qu'il fait rentrer dans son délire.

Lab..., persécuté à interprétations, a aussi une très bonne mémoire tout comme le précédent.

Je me borne à ces exemples; je pourrais encore citer les mystiques systématiques et raisonnants, un grand nombre de détraqués, de passionnés, etc. C'est à cause de cette conservation de

la mémoire (et de *l'intelligence*) en dehors du délire que l'on avait donné le nom de *monomanies*, de *délires partiels* à ces troubles mentaux. La constatation en est fort importante, puisque dans certains cas embarrassants elle permet de ranger franchement le malade dans cette grande catégorie et non dans celle des délirants par cause reconnue ou dans celle des déments.

Il y a pourtant une petite restriction relative à apporter. Dans la *mélancolie* il arrive souvent que la mémoire est *paresseuse*, *difficile* comme dans la *neurasthénie*, mais il n'y a pas là une atteinte aussi profonde, momentanée ou définitive, que dans les délires ou les démences.

Apparition de troubles de la mémoire (affaiblissement ou plus rarement perversion) dans le cours du trouble mental.

Mlle Marg... est une jeune fille de seize ans qui, depuis longtemps, est anormale; elle présente une sorte de folie morale avec des obsessions et du doute, puis devient difficile, opposante, entêtée ; si bien qu'on est obligé de la placer dans une maison de santé. Elle n'a aucun trouble de la mémoire pendant plusieurs années; puis peu à peu sa mémoire baisse, tandis que d'autres symptômes apparaissent et elle tombe dans une démence profonde, démence vraiment précoce.

Lab... H. est un jeune apache, dont on trouvera l'observation complète plus loin, qui est arrivé à Bicêtre, venant de Fresnes, pour troubles mentaux. Il présente un délire mal systématisé de persécution comme chez les débiles, il réagit violemment, il est agressif, réclame sa sortie, mais il a conservé toute sa mémoire. Au bout de deux ans sa mémoire baisse, ses propos deviennent incohérents, il fait des gestes stéréotypés, il tombe dans la démence, « démence précoce » forme de Morel (voyez cet art.).

Ces deux exemples suffisent pour montrer toute l'importance de cet affaiblissement de la mémoire qui indique la démence, l'incurabilité, la déchéance. Quelle que soit l'origine de cette démence toxique, infectieuse, organique, vésanique, lorsqu'elle succède à un autre trouble mental, en faisant partie intégrante ou non, elle s'annonce par un affaiblissement de la mémoire. — Mais il ne faut pas confondre cet *affaiblissement durable et grave* avec celui qui accompagne le trouble mental de cause reconnue aigu, auquel cas il serait *passager* et accompagné d'autres symptômes. Ce sont deux genres de perte de mémoire différents qu'il faut distinguer absolument.

Affaiblissement généralisé de la mémoire concomittant avec d'autres troubles mentaux non congénitaux, acquis.

Cet alcoolique Bast..., que j'ai déjà cité, est en état de stupidité, de confu-

sion, de rêve. Nous avons vu qu'il ne peut plus répondre que par phrases incohérentes ou par l'aveu qu'il ne se souvient pas. Si on avait pu l'interroger plus longuement, on aurait constat que la mémoire était profondément touchée, comme le reste de l'intelligence.

All... est dans son lit en état de stupidité infectieuse. On lui soutire avec difficulté des réponses lentes, difficiles, à voix basse et monotone (dépression intellectuelle). Il révèle ainsi des idées délirantes de négation, des idées hypocondriaques, mais il ne sait plus rien de son passé. Comme on insiste, il finit par répondre pèniblement : « Je ne sais même pas mon âge ! » Et comme on lui demande à quoi il pense : « A rien », répond-il.

Ast... est dans état de délire épileptique. Lui qui est à Bicêtre depuis de longues années, il l'a oublié, il a oublié la date, les détails du service, il ne sait même plus son nom et il se perd dans les salles. Bref, il a un affaiblissement prodigieux de la mémoire.

On trouve des états analogues dans les troubles traumatiques, les suites de choc émotionnel, etc., en un mot, dans tous les états aigus où il y a eu atteinte directe portée au cerveau.

Chez les deux déments précoces, dont j'ai rapporté l'histoire succincte un peu plus haut, il n'est apparu d'affaiblissement de la mémoire qu'au bout d'un certain temps. Dans la folie discordante, démence précoce forme de Kraepelin, la mémoire reste bien plus longtemps intacte (sauf exception), ainsi que toute l'intelligence ; c'est le côté émotif et sentimental (voyez plus haut) qui est plus atteint, aussi appelai-je cette forme de démence précoce folie discordante, puisqu'elle n'est une vraie démence qu'assez tardivement.

Bou..., alcoolique (1), a été autrefois très bon valet de chambre dans de très grandes maisons. Industrieux, ponctuel, très habile de ses doigts, il s'est retiré chez lui, a monté une auberge et, pendant six ans, a vendu du vin et des liqueurs dont il a pris une large part, comme il est d'usage. Il n'a pas fait ses affaires et est revenu se placer à Paris. Quelque temps avant, il avait fait une maladie assez grave de l'estomac sur laquelle je n'ai pu avoir de détails, mais attribuée à l'alcool. Un médecin qui le connaissait auparavant a été frappé du changement dans l'état mental de cet homme de quarante-cinq ans. Sa mémoire a prodigieusement baissé ; il ne se rappelle les commissions dont on le charge que grâce à un carnet de notes où il les inscrit ; il est plein de bonne volonté, mais il a oublié son ancien métier de valet de chambre et paraît surpris quand on lui fait remarquer les lacunes de son service ; il est devenu très vaniteux, vantard, et en même temps inquiet et craintif. En un mot il y a une déchéance assez marquée qui ne s'accentue pas, grâce à une hygiène sévère.

(1) La déchéance alcoolique, chez cet homme, n'est pas dans la règle, car habituellement elle débute par la perte des sentiments moraux, ce qui n'est pas du tout le cas ici.

Robl..., paralytique général, ignore son âge, son adresse, la date, le lieu où il est (désorientation dans le temps et l'espace), bien qu'il soit à Bicêtre depuis plusieurs mois et qu'au début il l'ait bien su. Il ne sait plus la date de sa naissance et il n'est plus possible de tirer de lui aucun renseignement précis sur son passé. Il ne trace que des lettres informes. Il a en plus un délire de grandeur des plus nets et des plus incohérents.

Hard... est un dément organique, qui marche difficilement à petits pas comme les ramollis lacunaires, et que depuis son entrée on tient au lit, car il a un mauvais aspect somatique général : il gâte. Il a une certaine difficulté à prononcer certaines lettres. Il a eu un ictus il y a quelques jours. Il perd la mémoire depuis plusieurs années. Il se dit âgé de soixante-cinq ans et né en 1861; pour lui on se trouve en l'année 1876, en janvier. Il a deux enfants, prétend-il, âgés de soixantedix-sept ans et de trente-trois ans. Il se fatigue vite. L'affaiblissement de la mémoire, sur lequel je n'insiste pas, s'accompagne ici d'incohérence et d'erreurs de logique énormes.

Ces états comportent donc un affaiblissement de la mémoire chronique et le plus souvent progressif. Ce sont les états de chronicité et de démence dont la cause commence à être connue et dans lesquels le cerveau est altéré assez grossièrement pour que l'autopsie le révèle, et les états de démence consécutive à la mélancolie et à la folie circulaire.

Il faut remarquer que dans la démence épileptique qui procède par poussées successives sous l'influence des accès convulsifs, et dans la P. G. où il peut y avoir des rémissions, la mémoire peut passer aussi par des phases alternées de plus grand affaiblissement et d'amélioration relative.

Cal..., ce mélancolique déjà cité plusieurs fois, a une mémoire paresseuse. La stagnation intellectuelle générale englobe la mémoire. Mais si elle est pénible, elle n'est pas abolie comme dans les états ci-dessus.

Dans la neurasthénie psychique dite psychasthénie, la mémoire n'est pas abolie; elle est seulement paresseuse; l'évocation surtout n'a pas lieu facilement; elle se produit le plus souvent trop tard (mémoire de l'escalier, mémoire « retardée » des neurasthéniques). Je vais revenir sur elle tout à l'heure.

En somme, dans ces troubles mentaux, l'affaiblissement de la mémoire est une marque importante de la lésion cérébrale aiguë ou chronique, mais il est un peu noyé dans les autres troubles dont l'ensemble constitue les syndromes confusion et démence. Dans ce dernier il est très accentué à la fin et perd un peu de son importance au point de vue du diagnostic, tandis qu'au début il en a une considérable, comme je l'ai déjà dit plus haut pour l'affaiblisse-

ment de la mémoire apparaissant dans le cours du trouble mental, et, comme je vais l'exposer plus bas, quand le trouble de la mémoire est unique ou prédominant. Le symptôme affaiblissement de la mémoire peut-il permettre de différencier les troubles mentaux aigus des chroniques par son aspect qui n'est pas le même chez les uns et chez les autres ? Tout seul, cela est bien difficile : la distinction du syndrome plus complexe, la confusion d'avec les états démentiels est déjà bien épineuse souvent, même avec l'aide de tous les autres signes.

Quant à l'importance du signe affaiblissement dans la mélancolie, elle est faible, lorsqu'on le considère tout seul.

Troubles prédominants ou uniques de la mémoire.

1° Reconnus du malade.

Vaud... vient se plaindre lui-même qu'il perd la mémoire; il fait des oublis pour des choses importantes ; le travail lui devient difficile et il s'inquiète ; il n'y a pas d'autre trouble mental appréciable quand je le vois pour la première fois. Mais il y a un très léger tremblement des lèvres et un accroc dans la parole, caractéristique de la paralysie générale.

Ba... arrive un jour tout effaré me disant qu'il perd la tête. Interrogé minutieusement, il révèle pour tout symptôme qu'il perd la mémoire depuis quelque temps ; il s'inquiète d'autant plus que les calculs nécessités par sa profession lui deviennent difficiles et entraînent une grande fatigue mentale. En réalité, il ne perd pas la mémoire, mais l'évocation des souvenirs, quand il en a besoin, ne se fait plus facilement et a lieu trop tard, lorsqu'il n'est plus temps. En dehors de cela, il n'y a aucun signe d'affaiblissement intellectuel, bien qu'il soit difficile d'examiner ce malade peu habitué à l'introspection. Bar... a cinquante ans et ne les paraît pas. Aucun symptôme organique suspect. Le trouble est apparu depuis quelque temps à la suite d'une affaire qui a nécessité des travaux de chiffres et de calculs excessifs, et qui a amené un vrai surmenage. Le repos joint à une hygiène très sévère a suffi à remettre le malade en peu de mois. C'était un neurasthénique psychique momentané.

2° A demi-reconnus par le malade. — Dans certains cas qui se présentent sous la forme du syndrome de Korsakoff pur (voyez plus bas), le malade peut se plaindre spontanément qu'il perd la tête, qu'il n'a plus de mémoire, surtout quand on le met dans une situation où cette reconnaissance de son état est facile. Si j'en crois deux observations assez typiques (voyez plus loin) où les pseudo-souvenirs étaient pour ainsi dire inexistants, cette reconnaissance tiendrait précisément à cette condition particulière. Cela se comprend : le patient jouit de toute son intelligence, sauf de sa mémoire. Cela peut se présenter aussi dans la démence épileptique, organique, sénile, etc.

3° Non reconnus du malade.

La petite Delm... était assez bonne élève dans sa classe primaire, mais elle a de nombreux accès d'épilepsie. Sa maîtresse remarque depuis quelque temps qu'elle perd la mémoire, ne sait plus ses leçons, devient lente, etc. C'est de la démence épileptique qui s'installe peu à peu.

Zor... est amené par sa femme pour consulter. Il oublie tout, depuis quelque temps, et devient incapable de travail; il a eu des reproches de son patron. Le malade concède lui-même qu'il perd la mémoire, mais, au fond, il ne le reconnaît pas vraiment, car c'est sa femme seule qui donne les renseignements nécessaires et lui ne s'inquiète aucunement de ces oublis. Pendant tout l'examen il reste immobile et indifférent sur sa chaise, la figure sans expression. Accrocs très nets dans la parole à la fin de la conversation. Donc, paralysie générale comme cause de cette perte de mémoire qui a frappé d'abord l'entourage du malade.

Mme Bru... n'est pas très âgée; elle n'a que cinquante-huit ans. Pourtant, la patronne de Mme Bru... s'aperçoit depuis quelque temps que celle-ci oublie tout; les commissions ne sont faites qu'à moitié et jamais on ne peut obtenir à temps les factures nécessaires aux comptes. En un mot, il y a affaiblissement notable de la mémoire. Le médecin consulté reconnaît un affaiblissement mental sénile prématuré. Quelques mois plus tard se produisent des incidents pathologiques plus marqués que je mentionnerai plus bas à l'occasion des faux-souvenirs.

Valeur sémiologique. — Ces exemples montrent toute l'importance de cet affaiblissement prédominant de la mémoire, qu'il soit ou non reconnu par le malade lui-même. Il s'agit de toujours penser que cela peut être l'indice d'une déchéance fatale de l'intelligence par démence « d'emblée », paralysie générale, démence organique ou démence sénile, suivant l'âge. La neurasthénie ou psychasthénie ne sera admise qu'à coup sûr et parfois le diagnostic ne pourra être fait que provisoirement. Il pourra être aussi, en l'absence de renseignements, fort difficile de distinguer ces troubles de ceux qui *suivent* un trouble mental (voyez plus loin).

Une classe particulière de perte des souvenirs se rencontre dans l'aphasie. Cela est fort important. Mais comme, suivant l'usage, je n'en traite pas ici, je renvoie aux *Traités de Neurologie*. On trouvera pourtant des exemples de ce trouble plus bas.

Perversions de la mémoire. Faux-souvenirs, pseudo-réminiscences (*Confabulation des Allemands*). A côté de l'affaiblissement des souvenirs qui m'a seul occupé jusqu'ici, vient parfois se placer une perversion.

Mor..., neurasthénique somatique et psychique congénital, a toujours eu une mémoire difficile, apprenant péniblement et oubliant facilement; il avait pour-

tant dans sa jeunesse une mémoire exacte (1). Avec l'âge, ses dispositions au scrupule et au doute se sont accentuées et en même temps il s'est aperçu que sa mémoire devenait plus paresseuse, mais surtout plus inexacte. Il se trompe de numéros de maisons dans les adresses d'une façon prodigieuse et c'est à la vérification qu'il s'aperçoit de l'erreur commise. Dans les circonstances ordinaires de la vie il n'ose plus maintenant affirmer ses souvenirs quand on les conteste, ayant appris par expérience qu'il ne peut faire fond sur eux comme autrefois.

Mme Tub..., très âgée, mais ayant conservé toutes ses facultés, fait depuis longtemps des erreurs de mémoire fréquentes, mais pour les choses récentes seulement. Car elle a une très bonne mémoire pour des choses très anciennes, et même pour certains faits intéressants qui remontent à une quinzaine d'années. Je ne donne pas d'exemple de ces erreurs, le cas suivant étant un exemple bien plus démonstratif par son grossissement.

Mme Bru..., âgée de soixante ans, dont j'ai déjà parlé (p. 92), vieillit physiquement mais surtout intellectuellement, et, comme je l'ai dit, sa mémoire baisse de plus en plus. Elle devient maintenant parfois irritable et supporte moins bien les querelles habituelles que lui fait son mari quand il rentre un peu ivre. Elle devient triste. Elle est préoccupée par la crainte de perdre sa place. Probablement sous l'empire de ces ennuis, elle tente de s'empoisonner avec du laudanum. Cette tentative n'eut pas de suites fâcheuses. Le mariage de son fils, décidé quelques mois après, la rend sombre de nouveau. Elle se lamente à l'idée qu'elle va être privée de le voir tous les jours, ce qui est inexact, puisque le jeune ménage va habiter tout près. Elle émet quelques idées vagues de suicide, mais elle ne paraît pas avoir d'idées délirantes quelconques. Le mariage se fait et sa tristesse se dissipe. Elle travaille comme d'habitude à son ménage et à sa basse-cour; sa mémoire ne paraît pas baisser davantage, lorsqu'un jour il se passa le fait suivant. Elle avait été chargée de porter un vêtement à dégraisser chez le teinturier et de le rapporter une fois prêt. Ne trouvant pas ce vêtement à la place qu'il devait occuper, la patronne de Mme Bru... demande à celle-ci si elle a été le chercher. Mme Bru... l'affirme, elle dit même qu'elle l'a serré dans un tiroir de la commode et rapporté la note payée qu'elle a chez elle. On cherche partout et on ne trouve rien. Mme Bru... ne trouve d'ailleurs pas non plus la note; elle croit qu'elle l'a égarée parmi d'autres papiers, mais soutient toujours qu'elle a été chercher le vêtement. De guerre lasse, on va voir chez le teinturier : le vêtement y était, prêt à être rapporté, la note non payée. Stupéfaction de Mme Bru... devant cette constatation.

Voilà un exemple typique d'erreur de mémoire que l'on peut aussi appeler une illusion de la mémoire, un pseudo-souvenir.

Gon... Auguste est un vieil alcoolique qui présente le syndrome de Korsakoff typique avec névrites. On trouvera son observation plus loin au syndrome

(1) Je n'ai pas besoin de rappeler qu'une mémoire, même exacte, est toujours incomplète par certains points; l'image reproduite est toujours une simplification de la réalité et aussi par certains côtés une mémoire fausse, comme le montrent les expériences sur le témoignage.

de Korsakoff. Je relève ici seulement que, chaque jour, il raconte qu'il vient d'arriver en faisant une promenade dont il raconte tous les détails circonstanciés, et il n'est en réalité pas sorti.

C'est un faux souvenir complet, quoique relativement vraisemblable encore.

Mme Hei..., déjà citée, cette démente senile avérée, fait des erreurs énormes de mémoire. Un jour, par exemple, elle ne veut pas se mettre à table; elle attend, dit-elle, son mari qui est sorti et elle se fâche contre ses enfants, trouvant inconvenant qu'ils veuillent dîner avant que le chef de la famille ne soit rentré. Or, celui-ci est mort âgé depuis de longues années. Une autre fois, elle s'étonne de ne pas voir son dernier petit-fils; elle demande où il est et comment il se fait qu'il ne vienne pas. Or, elle n'a pas de dernier petit-fils, mais un seul, que d'ailleurs de temps en temps elle méconnaît et prend pour un étranger.

Ces erreurs sont plus graves que celles de Mme Bru..., car elles dépassent les choses possibles ou sont inventées de toutes pièces. Elles ressemblent fort aux jeux de l'imagination qui se produisent dans le rêve et aux élucubrations fantaisistes de certains imbéciles. Elles passent par transition insensible dans le domaine des délires proprement dits. Les Allemands donnent à cette sorte d'erreur le nom de *confabulation.*

Cha.... L., paralytique général, croit tous les jours vers quatre heures qu'il vient de rentrer à la section venant des ateliers, et il n'a pas bougé; un matin, il décrit minutieusement un festin somptueux et étrange qu'il a donné hier au bouillon Duval; et, comme on insiste sur des détails, il dit en se tournant vers le surveillant : « D'ailleurs, vous le savez bien, vous en étiez! »

C'est là une « confabulation » qui est une sorte de délire rétrospectif complet. C'est un faux souvenir vraiment délirant.

Voilà donc des exemples de faux-souvenirs dont les premiers sont simples et presque normaux, les autres donnés pour ainsi dire par ordre croissant de fausseté, celle-ci dans les derniers devenant vraiment délirante. La relation avec le rêve devient de plus en plus frappante au fur et à mesure que l'on se rapproche des derniers qui constituent un rêve tout éveillé et qui probablement dans certains cas (voyez l'art. Rêve), prennent leur source dans un vrai rêve nocturne. C'est ainsi que j'ai observé des vieillards chez qui le rêve était souvent confondu avec la réalité.

Voici enfin un exemple d'un autre ordre :

Mlle Pou..., vieille persécutée chronique, déjà citée (voyez aux Types cliniques l'observation complète), raconte que, étant enfant, en nourrice, elle a été prise sur les bras d'un homme et menée par des souterrains jusqu'à un personnage de la cour, etc.

C'est un pseudo-souvenir qui est vraiment un délire rétrospectif et ne s'accompagnant d'aucun autre trouble de mémoire. Il est fabriqué de toutes pièces comme les autres parties du délire. J'en ai déjà parlé page 87.

Diagnostic. — Une fois éliminée l'apparence de faux-souvenirs due au bavardage incohérent des déments, langage de perroquet, il faut d'abord s'assurer qu'il ne s'agit pas de mensonge, ce qui n'est pas toujours facile, puis reconnaître le degré d'invraisemblance du faux-souvenir, enfin voir si ce faux-souvenir est délirant ou non.

Valeur sémiologique. — Si nous mettons à part le délire rétrospectif du délirant systématique, qui se reconnaît à l'ensemble, le faux-souvenir très limité se rencontre souvent dans la psychasthénie et n'y a qu'une faible valeur isolée. Quand il est suffisamment marqué, il indique toujours soit un affaiblissement intellectuel démentiel, soit un trouble passager, sans lésion forcée du reste de l'intelligence, et qui, le plus souvent, revêt la forme du syndrome de Korsakoff avec ou sans névrite périphérique, généralement par suite d'alcoolisme ou de syphilis. En somme, s'il y a des signes de démence nette avec ces faux-souvenirs, penser d'abord à la paralysie générale ou à la démence sénile (suivant l'âge), sinon rechercher les névrites, et alors c'est ordinairement de l'alcoolisme chronique.

Affaiblissement et erreurs de la reconnaissance. — La plupart du temps, l'affaiblissement et les erreurs de la reconnaissance reposent sur des troubles de la mémoire, puisque reconnaître un objet c'est se souvenir de l'avoir déjà vu. Pourtant, maintes fois, la chose est plus complexe, c'est pourquoi je ferai un petit chapitre à part de ces phénomènes.

Etat de la mémoire postérieurement aux troubles mentaux.

1° Souvenirs conservés.

Vau..., se rappelle tout ce qui s'est passé pendant ses accès de mélancolie anxieuse, aussi bien ses idées délirantes que les faits normaux survenus.

Il en est de même de l'alcoolique qui...; celui-ci se rappelle son rêve relativement simple et coordonné et son séjour à Bicêtre.

Math..., épileptique à paroxysmes psychiques, se souvient des propos tenus pendant ceux-ci par les personnes de son entourage et les répète exactement; il se souvient aussi de presque tout son délire, qui est généralement peu compliqué et non accompagné de grande confusion.

J'ai déjà cité un autre épileptique, Méz..., qui a un certain souvenir de son rêve pathologique et des faits normaux concomitants. C'est ainsi qu'il fait des excuses pour les actes de violence qu'il a commis, en disant qu'à ce moment il avait la tête perdue.

2° SOUVENIRS ERRONÉS DE LA PÉRIODE PATHOLOGIQUE.

Co..., paralytique général et absinthique, a eu pendant huit mois une période d'incohérence psychique avec excitation parfois extrême; les idées délirantes les plus absurdes de toutes sortes se succédaient kaléidoscopiquement, accompagnées parfois d'actes de violence. Il sort en rémission très marquée : il reconnait qu'il a été malade et il se souvient d'un certain nombre de ses manifestations délirantes; cependant il accuse d'autres malades de malveillance et d'actes de violence à son égard. Dans une lettre récente, il réclame de l'argent qu'un ami lui aurait apporté.

Il y a ici erreur manifeste, car il n'a vu cet ami qu'accompagné de sa femme et il ne lui a pas été remis d'argent. On saisit toute l'importance médico-légale de ces erreurs, qui peuvent donner le change aux personnes incompétentes.

3° OUBLI AVEC SOUVENIR TRÈS PARTIEL DE LA PÉRIODE DU TROUBLE MENTAL.

Rue... tue son père dans un accès de paroxysme épileptique psychique. Il ne conserve d'autre souvenir de l'événement que celui d'un lambeau du rêve qu'il faisait : il apercevait les dents de son père horriblement déformées.

4° OUBLI TOTAL, PERTE COMPLÈTE DES SOUVENIRS DE LA PÉRIODE PATHOLOGIQUE.

Cet autre épileptique Ast.. (déjà cité) après ses accès ou indépendamment d'eux a des paroxysmes psychiques. Il reste hébété dans son lit, délirant vaguement, mais répondant aux questions. Au bout de deux ou trois jours, il se rétablit sans conserver aucun souvenir de son accès psychique ni des phénomènes normaux qui se sont passés pendant cet accès.

Mé..., épileptique, a des accès par séries à la suite desquels il reste cinq ou six jours dans une stupidité voisine du coma. Il n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé. Ici ce n'est pas étonnant, puisqu'il y a eu perte de connaissance presque complète.

5° OUBLI DE LA PÉRIODE DU TROUBLE MENTAL ÉTENDU A UNE PÉRIODE NORMALE ANTÉRIEURE A CE TROUBLE (« Amnésie rétograde » des auteurs).

Sch... a des accès d'épilepsie. La période qui précède l'accès et pendant laquelle il paraît normal est effacée de son souvenir après l'accès.

Les traumatismes sont très souvent suivis d'accidents mentaux du même genre.

6° Oubli, perte du souvenir de la période postérieure au trouble mental (« Amnésie antérograde » des auteurs).

Il arrive parfois, surtout chez les épileptiques, qu'après la crise convulsive ou le paroxysme psychique, le malade paraît revenu à la normale ; il parle, agit comme d'habitude, et pourtant une certaine partie variable de cette période, en apparence toute normale, disparaît postérieurement du souvenir. Il est évident que l'apparence a été ici trompeuse et que le patient était encore sous une influence pathologique.

On a cité des cas analogues après des traumatismes.

7° Oubli, perte du souvenir s'étendant avant et après le trouble mental (« Amnésie rétro-antérograde » des auteurs).

Gil..., est âgé de vingt et un ans. C'est un débile qui a bu, tout jeune, de l'absinthe, qui ne reste pas en place et a déjà fait plusieurs tentatives de suicide. Le 9 ou 10 février 1906, il s'étrangle ou se pend dans un chalet de nécessité, place Denfert-Rochereau. Il est transporté sans connaissance à Cochin et là il reprend ses sens. Double sillon typique sur la face extérieure du cou, cyanose de la face, turgescence de la langue, parole pâteuse et difficile pendant deux jours. Impossible d'avoir de lui des explications complètes (Renseignements dus à l'obligeance du Professeur Chauffard). Il est transféré le 12 à Sainte Anne, mais il ne sait pas pourquoi il y a été transféré. Il nie avoir été à Cochin, avoir fait une tentative de strangulation ou de pendaison. Il dit avoir perdu la mémoire. Ce même jour, il avoue au surveillant avoir fait une tentative de suicide, mais avec du cyanure ; il ne peut donner aucun renseignement. Les jours suivants, même lacune dans les souvenirs ; il paraît complètement indifférent à tout, mais il semble se rappeler exactement sa vie antérieure. Le 28 février il paraît plus en train, il raconte, ce qu'il avait déjà fait, ses anciennes tentatives de suicide par le charbon, par empoisonnement, ses excès de boisson, ses différentes places. On contrôle pour une partie ses dires par les renseignements fournis par la mère. — Le malade, jusqu'en mars 1907, est resté le même ; indifférent, paresseux, ne s'occupant à rien, répondant peu volontiers aux questions, menaçant quelquefois de se suicider, quand on veut l'obliger à faire quelque chose qui lui déplaît, mais il ne varie pas quand on le questionne sur sa tentative dernière : il ne se rappelle ni ce qui s'est passé avant la pendaison ou strangulation, ni le séjour à Cochin ; il ne paraît se rappeler que vaguement le séjour à Sainte-Anne, mais bien celui à Bicêtre. Quand on lui demande pourquoi il a dit qu'il avait pris du cyanure, il répond que c'est une idée qui lui a passé par la tête.

C'est surtout dans les cas où il y a traumatisme que cela s'observe, parfois dans l'épilepsie sous l'influence d'un accès.

Valeur sémiologique. — Elle est faible. C'est pour cela que je n'ai donné que peu d'exemples, et surtout pris chez les épileptiques (on en trouvera d'autres aux types cliniques).

On a voulu faire de la perte du souvenir une caractéristique absolue de l'épilepsie; il n'en est rien, bien que cela soit le plus fréquent. Au point de vue pratique, surtout *médico-légal*, cela a une grande importance, la simulation n'étant pas toujours aisément découverte. Comme le montre aussi l'exemple de Co..., faire fond sur les souvenirs d'un aliéné est toujours dangereux. Les magistrats auraient tout intérêt à le savoir. Bien des légendes sur les mauvais traitements dans les asiles ou sur des séquestrations arbitraires n'ont d'autre fondement que ces souvenirs erronés, quand ils ne sont pas délibérément mensongers.

On peut dire d'une façon générale que plus le trouble mental prend la forme de la confusion, plus le rêve délirant est incohérent, et plus la perte du souvenir est grande. Un rêve normal n'est plus reproduisible s'il est très incohérent. Le rêve fébrile ordinaire disparaît rapidement de la mémoire, comme chacun sait.

Dans l'hystérie, on rencontre différentes pertes de mémoire qui ont une allure assez spéciale et sur lesquelles je ne puis m'étendre ici. Je renvoie au chapitre Hystérie pour en donner quelque aperçu.

CHAPITRE VI

LA PERCEPTION ET LA RECONNAISSANCE

SOMMAIRE. — *Perte de la perception et de la reconnaissance* dans les états de confusion et de démence. *Erreurs de reconnaissance*. Exemple chez un neurasthénique, avec conscience chez le malade, chez un P. G., dans la démence, dans la démence précoce, chez les fous systématiques; mécanismes différents suivant les types cliniques.

Les *illusions et hallucinations* sont des erreurs de perceptions spéciales. Seront traitées à part plus loin.

Impression de déjà vu. — Exemple chez un épileptique. Exemple chez une personne normale. Importance psychologique.

Troubles de la perception et de la reconnaissance (1). — Flu... est dans un état de confusion profonde à la suite d'accès épileptique. Il est dans son lit, l'aspect amaigri et malade somatiquement, comme cela arrive en pareil cas. On lui parle, il tourne les yeux vers le médecin, mais il ne répond rien aux questions, on lui montre différents objets en lui demandant ce que c'est, — il ne répond rien.

Y a-t-il là absence de perception ou de reconnaissance ou absence de réaction parlée? Probablement tout à la fois.

Perte de la perception, perte de la reconnaissance. — Je n'insiste pas beaucoup sur ces états de confusion intense ou de démence ultime où le malade ne reconnaît pas ou avec peine des objets, même familiers. Cela n'a vraiment d'importance que pratiquement au point de vue du traitement dans les états dits de confusion (voyez ce syndrôme). C'est vraiment ici un trouble de perception en donnant à ce mot un sens rapproché de celui de sensation.

Mais voici Sou..., vieux dément déjà cité, ancien serrurier, qui reconnaît bien les clefs d'un trousseau de clefs comme telles en bloc, mais est incapable de distinguer les clefs de verrou de sûreté de celles ordinaires. Quand on lui fait remarquer la différence, il ne comprend pas, bien qu'il ait perçu les détails.

(1) Percevoir est un mode spécial de reconnaître. Voilà pourquoi je traite ensemble des deux troubles, bien que psychologiquement et cliniquement il y ait à faire une différence entre eux.

C'est un trouble profond de la reconnaissance qui est dû sans doute à la perte du pouvoir d'analyse de l'esprit aussi bien qu'à la perte de mémoire.

Mme Hei..., déjà citée, ne reconnaît pas par moments son petit-fils qu'elle prend pour un étranger.

Voilà encore un trouble de la reconnaissance par perte des souvenirs.

Je rapporterai plus loin des observations de perte de mémoire sans démence dans le syndrsme de Korsakoff pur, où le malade ne reconnaît pas les personnes de l'asile et pas même son lit au bout de trois mois de séjour.

Une perte partielle de la reconnaissance se rencontre dans les cécités et surdités verbales et psychiques, liées à l'aphasie ou à ce qu'on appelle l'agnoscie.

Erreurs de la reconnaissance (1). — Tout le monde peut en faire. Mais voici un exemple déjà un peu pathologique.

Ch... est fatigué et surmené pendant quelques jours, il remarque le phénomène suivant: il sort dans la rue, aperçoit au loin un passant et reconnaît en lui un ami, A... ; de plus près, il s'aperçoit qu'il a fait une erreur. Quelques minutes après, il prend un autre passant pour un ami B..., nouvelle erreur. Des erreurs analogues se reproduisirent à plusieurs reprises et pendant plusieurs jours, puis disparurent.

Les exemples suivants sont vraiment pathologiques.

J'ai été chargé autrefois par un commissaire de police de faire un certificat concernant By..., paralytique général d'un service de Bicêtre qui n'était pas le mien. J'examinai le malade en présence du commissaire. Le paralytique, bredouillant, satisfait et très dément, reconnut immédiatement à ma demande tous les assistants pour ses amis intimes et les nomma, y compris le commissaire, sur qui le fait produisit grande impression.

Un dément, par infection, Q..., dont j'ai déjà parlé, m'a pris pendant longtemps pour un monsieur Ber... de sa connaissance. Pendant plusieurs années il a conservé fidèlement cette erreur de reconnaissance.

Un autre, Pat..., catatonique, m'appelle invariablement d'un certain nom et les internes MM. X... et Y... (je ne me rappelle pas exactement ces noms.)

Ces erreurs reposent probablement en partie sur des erreurs de mémoire.

(1) On peut aussi les appeler des illusions. C'est un genre d'illusion (V. plus bas).

Alors que j'étais interne à la Salpêtrière, j'avais été appelé un jour de garde auprès d'une vieille aliénée, atteinte de délire de grandeur, du service de Falret, Mèr..., et que j'ai déjà mentionnée. Lui ayant ordonné je ne sais plus quoi, je lui avais « sauvé la vie. » Mais comme son délire roulait sur le premier empire (elle criait souvent à tue-tête : vive l'Empereur!), elle me prenait invariablement pour le général Bertrand, son « sauveur. » Un jour, me montrant d'autres aliénées dans la cour, elle me dit : « Regardez donc tous ces soldats du pape! »

Ce sont là des erreurs de reconnaissance en rapport avec des idées délirantes. Je me borne à cette citation unique, bien que le cas soit encore assez fréquent et se rencontre dans différents types cliniques avec des mécanismes différents. Cela n'a guère d'importance sémiologique, mais cela peut être utile à rechercher pratiquement.

Illusions et hallucinations. — Les erreurs de la perception peuvent être attribuées surtout à des troubles sensoriels (comme on le voit, par exemple, dans les altérations des organes mêmes des sens); celles de la reconnaissance semblent souvent liées à des idées préconçues plus ou moins délirantes (je viens d'en donner un exemple); enfin, les erreurs de perception et de reconnaissance qu'on peut appeler illusions et hallucinations proprement dites ont souvent des rapports très étroits avec le délire, si bien qu'il est parfois difficile d'en faire l'étude à part. Je traiterai dans un chapitre spécial de ces illusions et hallucinations à cause de leur importance.

Impression de « déjà vu », « sensation, illusion de fausse reconnaissance ». — Elle se présente souvent chez des individus normaux ou presque; plus rarement chez des personnes déjà troublées mentalement.

J'ai examiné à Bicêtre un épileptique, Bou..., qui prétendait de temps en temps, à l'occasion d'une visite quelconque ou d'un événement qui se passait dans le service, qu'il avait prédit cet événement. Il avait déjà vécu, disait-il, cet événement dans tous ses détails, dans un rêve, grâce auquel il avait pu établir cette prédiction (après coup bien entendu.)

Grâce à l'obligeance de M. May, interne des hôpitaux, j'ai pu recueillir une observation de sensation de déjà vu complète.

M. Z... m'a raconté ainsi ce phénomène :
« J'ai deux types de fausse reconnaissance.

« *Premier type.* — Dans ce type, la sensation de fausse reconnaissance est très limitée. Elle s'applique à un sujet déterminé que j'ai l'impression d'avoir déjà vu, lu, ou entendu. Cette sensation reste purement intellectuelle et ne s'accompagne d'aucune réaction émotive, tout au plus du léger agacement dû à la recherche du souvenir qui fuit. Cette recherche dure environ de quinze à vingt secondes et se termine presque toujours par l'impression qu'il s'agit non d'un souvenir réel, mais d'un souvenir de rêve, d'un rêve, que je ne peux d'ailleurs reconstituer. »

« *Deuxième type.*— Dans des cas plus rares, la sensation de fausse reconnaissance est plus intense, plus complexe et plus subjective; plus complexe parce qu'il s'agit moins d'une sensation de déjà vu que d'une sensation de déjà véeu. — J'ai la sensation d'avoir déjà vécu la situation présente, déjà entendu les paroles qui viennent d'être prononcées; je sais quelles paroles vont être dites; et, quand elles sont dites, j'ai l'impression que ce sont bien celles que j'attendais.

« Cette sensation est bien moins analysée que dans le cas précédent; à vrai dire, je ne reconnais pas d'une façon distincte le temps, le lieu et l'entourage; c'est toute la situation en bloc qui a déjà été vécue, et ce qui domine, c'est un élément émotif caractérisé par une sensation de mystère et d'angoisse.

« Cette sensation est très fugitive et dure environ cinq ou six secondes, puis elle disparaît et ne peut plus être évoquée.»

Il est probable que, dans ces cas, il y a évocation à faux de l'impression (sensation, sentiment, comme on voudra) qui accompagne ordinairement et normalement l'acte intellectuel dit de reconnaissance, analogue à une autre impression dont je parlerai plus loin. Ce qui tendrait à le prouver, c'est que, en sens inverse il y a des impressions de « jamais vu, » d'étrangeté (Voyez plus loin.) Cela paraît être lié à une fatigue momentanée. Ces cas se montrent assez fréquemment chez des psychasthéniques et n'ont d'importance qu'au point de vue psychologique.

CHAPITRE VII

L'IMAGINATION

SOMMAIRE. — *L'Imagination reproductive.*

Augmentation. — Se confond avec les troubles de la mémoire, les illusions et les hallucinations.

Diminution. — Dans les états d'affaiblissement passagers ou durables de l'intelligence, dans la neurasthénie où elle est reconnue du malade.

Perversion. — Se confond avec les erreurs de mémoire et aussi avec certaines perversions de l'imagination constructive.

L'Imagination constructive. (1)

Augmentation. — Exemple au début d'une P. G., dans la folie circulaire légère.

Diminution. — Dans la neurasthénie, reconnue par le malade. Dans les délires où il y a trouble général de l'intelligence; exemples dans la démence de la folie discordante, dans la P. G., dans la démence sénile, etc. Dans les folies systématiques, l'imagination est plutôt distraite.

Faiblesse de l'Imagination. — Chez les arriérés. Différence chez les normaux suivant le genre d'imagination.

Perversion de l'Imagination. — Rapports avec le faux souvenir. Passage insensible de cette perversion à l'idée délirante proprement dite, qui n'en est qu'un cas particulier. Exemples chez différents malades. Rapport avec le *mensonge*. Les idées délirantes forment un chapitre à part à cause de leur importance.

Cette perversion se manifeste aussi dans les écrits, dessins, projets, objets, instruments bizarres, collections, etc.

Langages spéciaux. — 1° *Langage symbolique.* C'est une variété spéciale importante. Exemple chez des fous systématiques, chez des déséquilibrés. Rapport avec la poésie symboliste. Passage insensible au langage automatique.

2° *Langage inventé,* un exemple.

3° *Mots fabriqués, néologismes,* dans la folie systématique. Grande importance sémiologique. Ne pas confondre avec le langage de perroquet. *Mots de défense ou superstitieux* dans la folie systématique et les obsessions, ordinairement signe de débilité mentale coexistante, de chronicité.

Mensonge. — Exemple chez un déséquilibré, chez un débile, chez une folle morale. Importance pratique considérable. *Simulation*, rapports avec l'hystérie. *Dissimulation.*

Imagination reproductive.

Augmentation. — Cela se confond d'une part avec les troubles de la mémoire et d'autre part avec les hallucinations et la tendance à ces troubles.

(1) Je laisse de côté ce qui touche au génie, ainsi que les cas d'augmentation

Diminution. — Le neurasthénique Lub..., s'est aperçu à un moment donné de son existenee qu'il avait beaucoup de peine à se représenter visuellement les rues d'un quartier qu'il connaît bien et où il se dirige sans peine.

Il y avait là une diminution de l'imagination, de la vision mentale, en rapport avec une crise de neurasthénie.

Il peut en être de même pour les autres catégories d'images et cela peut arriver dans tous les états d'affaiblissement momentanés ou durables de l'intelligence.

Perversion. — Cela se confond avec les erreurs de mémoire (Voyez plus haut) et aussi insensiblement avec certaines perversions de l'imagination constructive.

Imagination constructive.

Augmentation. — J'ai déjà cité l'exemple d'un homme, D..., distingué dans sa profession, mais qui n'avait jamais produit beaucoup de travaux. D... put tout d'un coup composer un ouvrage qui, de l'aveu des connaisseurs, méritait les suffrages. Peu de temps après, il mourait de paralysie générale.

Il est permis de voir dans l'augmentation de l'imagination constructive aboutissant à la confection d'un livre, l'influence de l'excitation tout à fait commençante de la maladie. Cela est rare, c'est l'inertie qui est la règle ou bien l'augmentation accompagnée de perversions (voyez plus bas).

Il paraît qu'un médecin aliéniste célèbre du siècle dernier était légèrement circulaire. Ses travaux seraient dus à l'excitation de la période maniaque. Tout le monde connaît des gens qui ne travaillent que par périodes; actuellement on appelle ces cas de la « cyclothymie », ce qui n'a pas grande importance (voyez un exemple de ce genre à l'article excitation, p. 59).

Diminution. — Ba... (p. 91), qui a une crise de neurasthénie, se plaint de la diminution de son aptitude au travail. Les idées ne lui viennent pas, dit-il, comme autrefois: les projets de travaux sont ébauchés, lentement, péniblement.

Il y a là plutôt ralentissement, difficulté, que diminution de l'imagination.

C'est un exemple qui fait comprendre ce qui se passe dans les degrés plus intenses, que j'ai cités plus haut, de dépression intel-

physiologique, mais provoqués par différents procédés banals, usage d'alcool, absinthe, café, etc., ou étranges, tels que pieds mis dans la glace, etc.

lectuelle par obstacle avec ou sans incohérence ; le travail intellectuel est impossible ou très pénible et l'imagination constructive normale impossible ou très amoindrie ; elle est d'ailleurs aussi généralement pervertie. Je n'insiste pas : il en est de même dans les autres troubles mentaux aigus, surtout là où il y a délire de rêve, où le fonctionnement intellectuel est gêné en bloc.

Scho..., ancien peintre, élève des Beaux-Arts, est tombé dans la démence terminale de la folie discordante ; son activité intellectuelle n'est pas totalement suspendue. Il dessine encore. Mais ses dessins manquent des plus élémentaires notions de perspective. Il se tire mieux de la copie servile, ayant conservé encore une certaine habileté manuelle et technique.

Lom..., paralytique général, dont l'activité intellectuelle était grande, ne fait plus les recherches mécaniques ni les inventions qui l'occupaient autrefois ; il rumine une invention absurde que j'exposerai plus loin.

Le père Coh..., dément sénile, a été autrefois un dessinateur industriel habile, mais il n'est plus que l'ombre de lui-même ; il refait sans cesse les mêmes dessins par copie.

Il en est de même dans toutes les autres formes de démence.

Dans mon service de Bicêtre, la plupart des persécutés étaient incapables de travailler, sauf à des travaux tout à fait automatiques. Le Docteur Séglas m'a cité le fait d'un de ses malades de la ville, employé dans une compagnie de chemin de fer, qui continua longtemps ses occupations malgré que ses ennemis l'électrisassent et lui fissent subir les tourments ordinaires des persécutés, mais ces occupations étaient un pur travail de scribe, partant sans imagination. Dans les formes à délire partiel intense, l'imagination est plutôt *distraite*, occupée par les idées délirantes, qu'affaiblie.

Faiblesse de l'imagination. — Les idiots, les imbéciles, les arriérés, sont au-dessous de la moyenne pour l'imagination. — Tout le monde connaît d'ailleurs des gens normaux qui n'ont pas d'imagination sur tel ou tel point. C'est qu'il n'y a pas une imagination, mais des imaginations abstraite, concrète, mathématique, scientifique, etc.

Perversion de l'imagination. — Un livre, dont je ne veux pas donner le titre, et qui en est à sa troisième édition, est tout entier consacré à démontrer que le principe du monde « est un couple positif et négatif, mâle et femelle, uni pour créer et assurer à perpétuité la conservation de l'énergie ainsi que son évolution par la répétition de son double principe ..... Bref, l'univers est un grand

couple dynamique mâle et femelle, de force et de matière, dont l'acte générateur repose en entier sur la contradiction. » Si on lit ce livre, on y trouve dépensée une quantité d'imagination considérable en apparence, mais que je ne puis m'empêcher de trouver tout au moins complètement erronée. C'est ici un système du monde. Mais que de systèmes philosophiques, sociaux, scientifiques, ou plus simplement mécaniques, que de productions littéraires, poétiques, artistiques, dont je pourrais donner de multiples exemples (1) ne sont que le fruit d'une imagination *pervertie et insuffisante*, pareille à celle-ci. Ces erreurs d'imagination sont très voisines de la normale et ressemblent par plusieurs côtés aux théologies et aux métaphysiques les plus officielles. Mais celles-ci ne peuvent être considérées comme le résultat d'un trouble pathologique, seulement comme les reliquats d'un mode de penser, dépassé aujourd'hui, survivances de l'enfance de l'humanité, et comparables à ces survivances enfantines qui existent parfois dans l'esprit d'un adulte (2).

Ysa... est un alcoolique, sénile et artério-scléreux, gâteux de temps à autre, mais qui ne reste jamais couché. Il a des idées de grandeur passée; et une haute opinion de lui-même. A l'appui, il raconte un épisode de sa vie antérieure qui dénote une imagination déréglée analogue à celle des pseudo-souvenirs, des rêves, etc. Il prétend qu'il a épousé la fille d'un éditeur important de Paris; la famille, assemblée toute entière exprès, a assisté à la consommation du mariage, pour bien s'assurer de visu de cet accomplissement. Il écrit des pièces de vers, des comédies qui révèlent la perversion de l'imagination (et son affaiblissement aussi), toujours en activité. Il était autrefois artiste sculpteur sur bois, littérateur, etc., etc. Il a mené une vie de désordre, fréquentant aussi les cabarets artistiques, les ateliers de peinture et ayant manifesté toute sa vie des goûts assez intellectuels. Il prétend qu'il a été le secrétaire de Taine et qu'il a traduit pour celui-ci tous les livres anglais nécessaires au fameux ouvrage sur la littérature anglaise. Il aurait séjourné dix ans à Londres, il décrit Londres avec une précision extrême. En fait, il n'y a jamais été.

Il y a là une sorte de vantardise pathologique de grandeur avec activité déréglée de l'imagination affaiblie.

(1) Dans tout asile, il y a généralement un imbécile ou débile inventeur. Il y avait autrefois à Bicêtre un de ces malheureux qui dessinait sans relâche des plans de machines à mouvement perpétuel.

(2) Elles paraissent constituer un gaspillage de travail intellectuel comparable aux gaspillages biologiques dont le travail de la reproduction est un exemple. Il y aurait, je crois, intérêt à considérer les métaphysiques et les théologies sous ce point de vue, mais ce n'est pas ici le lieu de le faire.

Lom..., paralytique général que j'ai cité plus haut, occupait une belle situation industrielle. Depuis qu'il est atteint de sa maladie, il a fait une dernière invention, mais tout à fait absurde cette fois-ci : il y a beaucoup de moineaux à Bicêtre; un homme avec un fusil pourrait en tuer quatre-vingt-dix par minute. En cinq minutes cela ferait quatre cent cinquante oiseaux, en un quart d'heure dix-huit cents. En une heure, soixante-douze mille. On peut mettre cent hommes avec un fusil à Sainte-Anne. Bref, on pourrait tuer sept millions deux cent mille oiseaux par jour. En les vendant 0 fr. 10 pièce, cela ferait soixante-douze millions de francs par jour que l'Assistance Publique gagnerait, etc,

Il y a là quelque chose digne de remarque: la tournure d'esprit préalable a continué à se manifester, mais sous l'influence de la maladie, le produit de l'imagination a été perverti et porte l'empreinte niaise de la démence et en même temps du délire de grandeur habituel à la P. G.

Nix..., est un vieux persécuté avec idées de grandeur que ses ennemis ont persécuté par tous les moyens classiques, mais ils ont inventé en outre ceci : Sa famille et lui sont tous des géants; ainsi lui-même a plus de deux mètres de taille normalement, mais ses ennemis réussissent par le moyen d'un instrument mystérieux appelé la «pompe» à le ramener à la taille qu'il présente en ce moment et qui est bien au-dessous de deux mètres.

Il faut noter particulièrement le « néologisme », mot fabriqué ou détourné de son sens, « la pompe » (Je reviendrai plus loin sur ce sujet).

On voit que ces perversions de l'imagination peuvent être indépendantes d'idées vraiment délirantes (dans le premier exemple); elles sont parfois si développées et si extravagantes qu'on les appellent parfois « délire d'imagination » (voyez p. loin). Elles touchent de près au mensonge, « mythomanie » de Dupré, dont on verra des exemples plus loin et d'autre part aux faux souvenirs des gens qui ont perdu la mémoire et qui parfois inventent sur l'heure, inconsciemment, des récits fantastiques pour combler les lacunes de leurs souvenirs. Ces perversions peuvent toucher de près aux idées délirantes dans le second exemple, se mêler à elles dans le troisième, et enfin faire partie du système délirant dans le dernier. On peut dire alors que cette imagination travaille sur un thème délirant. C'est là l'origine de tous les délires un peu étendus, particulièrement les systématiques ; on en verra des exemples frappants lorsque j'étudierai l'imagination vraiment

délirante, c'est à dire les idées délirantes, dans un chapitre à part, à cause de leur importance. Mais l'idée délirante n'en est pas moins une perversion de l'imagination.

Ces perversions de l'imagination se traduisent non seulement par la parole, mais aussi par les *écrits*, *dessins*, *projets*, *objets*, *instruments bizarres*, *collections* que l'on peut trouver chez les aliénés. J'en citerai des exemples à l'occasion.

Langages spéciaux. — 1° Langage symbolique. Une déviation particulière de l'imagination qui mérite d'être décrite à part est la suivante:

Mlle Pou..., vieille persécutée chronique non démente, malgré plus de cinquante-cinq ans de folie des persécutions, a un langage symbolique qui, à première vue, ferait croire à l'affaiblissement intellectuel.

« Oui, je suis incinérée, je suis réduite en cendres.

D. — Etes-vous morte maintenant ?

R. — Non, puisque je parle, mais je trouve que je suis en dehors de la mort, je préférerais être cadavérique complètement que d'être dans l'état infernal où je suis........ Je suis morte par la charge, le poids effrayant que j'ai porté depuis trente-deux ans, soixante-quatre ans, jours et nuits debout. — La malade explique très bien que ces trente-deux ans d'internement réels comptent double comme soixante-quatre, parce que jour et nuit elle a dû combattre contre ses ennemis.

Ce langage a donc un sens très clair, mais il est symbolique. Il est étroitement lié à des idées délirantes, puisque c'est pour mieux les exprimer que la malade invente ce langage, en manifestant une imagination verbale particulière.

Chez certains déséquilibrés, on trouve aussi quelquefois un langage symbolique spécial. Il y a des exagérations poétiques qui sont très voisines de ces cas pathologiques, principalement parmi les poètes dits symbolistes. Chez ceux-ci également on rencontre des pièces de vers qui sont réellement incompréhensibles et qui sont vraiment du langage de perroquet ou « psittacisme » (voyez plus loin).

2° Langage inventé. — Dero..., est un dément précoce d'une forme particulière (voyez l'obs. complète). Il a inventé un langage spécial qu'il appelle la « langue à guingrelot. » Il décrit des arabesques pour remplacer les lettres, en particulier la lettre H. Le langage qu'il a inventé est malheureusement très variable. Il s'occupe d'organiser un concert dans le service; ce concert s'appelle le concert des Humanistes, puis des Humahibes, enfin des Uranzites. Les acteurs ont un nom de guerre fantaisiste, mais lui-même chante en français de nombreuses chansons. Sur ses affiches de concert il reproduit ces noms fabriqués,

ainsi que sur ses écrits. Un jour qu'on lui demande des explications, il dit que le programme s'appelle pléoriam, mais il ajoute des explications qui paraissent incohérentes. Il a des idées de grandeur.

Il semble bien qu'il y ait ici un mélange d'invention par imagination et insensiblement passage à un langage automatique qui devient le langage de perroquet.

3° Mots fabriqués. néologismes. — Ver... N., est un persécuté systématique, d'ailleurs débile, qui est poursuivi par la duchesse d'A... En outre, des dames du « sexe Nicabou » l'excitent par des pensées obscènes. Ce mot a l'air de correspondre à une idée spéciale. Il détourne aussi des mots de leur sens habituel : « Les éclaireurs de la sûreté » s'occupent de ses affaires.

C'est encore là une sorte de *mot fabriqué* presqu'intentionnellement. Nous en avons déjà vu un exemple chez Nix, qui est soumis à la pression d'un appareil mystérieux qu'il appelle « la pompe ». Ces mots ou tournures ont certainement une signification spéciale pour l'aliéné. Ils sont peu nombreux chez chaque individu lorsqu'ils sont vraiment de ce type.

Ce langage avec « néologismes » a une importance grande; il se rencontre surtout dans la folie de persécution chronique et est par conséquent un indice précieux pour le diagnostic. Mais il est pour ainsi dire voulu dans ce cas; il ne faut pas le confondre avec le langage où il y a des mots fabriqués ou détournés de leur sens, ce qui se rencontre dans des circonstances diverses et qui fait partie du langage de perroquet (psittacisme des auteurs) et des stéréotypies verbales. Il faut chercher si le malade met des idées sous ses mots ou non, si le mot fabriqué est voulu ou non (néologismes actif et passif de Séglas.)

Parmi ces mots fabriqués ou détournés de leur sens se trouvent ceux qui ont une valeur *superstitieuse*, de conjuration, de défense, soit dans certaines folies systématiques, soit chez des obsédés. On en trouvera des exemples aux types cliniques. Cela indique généralement la débilité mentale coexistante.

Mensonge pathologique — (« Mythomanie», pseudologia phantastica). — Marc... est une jeune fille de dix-neuf ans qui est placée comme bonne dans une famille à Paris. Elle invente des histoires compliquées qui n'ont absolument rien de réel pour expliquer certaines choses insignifiantes ou même sans motif. Ainsi sa mère la conduit un dimanche à un bal de société très convenable. En revenant, sa mère lui recommande de ne pas dire qu'elle avait été à ce bal, mais qu'elle avait été simplement se promener avec ses parents. Au

lieu de cela, elle rentre chez ses maîtres en sanglotant. On lui demande pourquoi. Elle dit qu'elle revient de chez ses parents, que son père est très malade, qu'il a failli périr la nuit dernière, qu'il étouffait, qu'on a été obligé de laisser la fenêtre ouverte toute la nuit, que le médecin appelé avait déclaré que c'était grave, etc., etc. Bref, une histoire des plus détaillées et minutieuses. Sa maîtresse, apitoyée, l'envoie le lendemain matin demander des nouvelles de son père. Elle y va et se garde bien de dire pourquoi elle vient, mais prétexte avoir oublié quelque chose. Une autre fois, dans une autre maison, pour expliquer qu'elle ne va plus voir ses parents, qu'elle a pris soudainement en grippe sous l'influence de certaines suggestions religieuses, elle raconte que ses parents sont des francs-maçons qui détestent la religion, se conduisent fort mal à son égard et même la battent. Enfin, un jour, elle a lu devant toutes les bonnes de la maison une lettre, fabriquée par elle, qu'elle disait lui avoir été adressée par sa mère. Dans cette lettre, sa mère se plaignait d'elle et déplorait que Marc... ne fût pas morte à la place de son autre fille. Non seulement cette lettre était un produit de l'imagination mensongère de Marc..., mais le détail de la sœur morte était complètement controuvé, Marc... étant la seule fille de sa mère. C'est une jeune fille qui a toujours été nerveuse, anémique, pâle, fantasque, irritable, qui reste difficilement dans ses places, qui ne peut travailler longtemps de suite au même ouvrage. Elle sait bien lire et écrire, coud et brode très bien. Il y a quelques années, étant en pension chez des sœurs, elle a présenté du somnambulisme nocturne, que l'on a toujours cru être simulé, pour se faire renvoyer à la campagne d'où elle venait. Elle paraît devoir être facilement influençable, suggestionnable par quelqu'un qui saura « mettre le grappin » sur elle.

J'ai eu autrefois dans mon service, à Bicêtre, un débile épileptique, Yt..., beau parleur, qui inventait les histoires les plus invraisemblables; c'est ainsi qu'il raconta un jour qu'il avait vu fleurir des fleurs en plein hiver et récolter aussi des fruits dans les environs de Paris, etc., etc.

J'ai reçu à Bicêtre, dans le service de Bourneville que je suppléais alors, une petite fille de treize ans Ku..., qui accusait son père de viol sur elle-même. Elle entrait dans des détails d'une précision effrayante. Elle était complètement vierge.

Ces mensonges pathologiques ont une *importance pratique considérable*. Bien des gens, et surtout des médecins, ont été victimes de récits de ce genre, gratuitement inventés. Beaucoup d'hystériques accusent leur médecin de les avoir violées ou outragées, etc. On dit maintenant que l'hystérie n'est pour rien dans ces mensonges pathologiques; c'est possible, mais, dans la pratique, on peut bien dire que le mensonge poussé à ce degré, vraiment pathologique, se rencontre chez des débiles, imbéciles, détraqués, pervertis d'ordre divers et hystériques, enfants et adultes. D'où la règle de prudence : ne jamais examiner un enfant, une petite fille surtout, sans un témoin sûr. Un vieux monsieur de mes amis ne monte jamais dans un compartiment de chemin de

fer où se trouve une petite fille ou une jeune fille seule, de peur d'être accusé par celle-ci de tentatives malséantes. On doit se méfier en justice des *témoignages* d'enfants, ou même d'adultes.

Ce mensonge pathologique ne se borne pas au langage parlé ou écrit, il s'étend aussi aux actes. Il y a alors *simulation*, souvent de choses extraordinaires ou pathologiques, uniquement pour le plaisir, semble-t-il. Tout le monde connaît des exemples de ces faits qui touchent de près à l'hystérie ; il est, d'après Babinski fort difficile de les distinguer de celle-ci.

Je ne parle naturellement pas ici du mensonge qui a un but réel et raisonnable (voyez dissimulation, simulation).

CHAPITRE VIII

LE JUGEMENT ET LE RAISONNEMENT

Sommaire. — Exemple *d'affaiblissement du jugement et du raisonnement, défaut de perspicacité* chez un dément alcoolique et sénile. Autres exemples chez une démente épileptique complexe, chez une arriérée. Le défaut de perspicacité dans la *débilité mentale* (sottise) est une forme spéciale. L'affaiblissement dans les états aigus n'est pas de la même forme que dans la démence : en général l'aliéné aigu ne raisonne pas du tout ou raisonne, le dément fait des fautes énormes de jugement et de raisonnement, et ce, d'une façon définitive.

Erreurs de jugement et de raisonnement d'une nature un peu différente : ce sont les *idées délirantes* qu'on retrouvera plus loin; elles diffèrent des autres erreurs de jugement en ce qu'elles s'appliquent aux relations du moi du malade et qu'elles ont pour lui un intérêt énorme. Exemple chez un persécuté. Erreurs de jugement portant sur les idées délirantes elles-mêmes. Exemple chez un P. G. Toutes ces erreurs sont des incohérences partielles qui peuvent se fondre insensiblement dans l'incohérence générale.

Y a-t-il une différence entre *l'erreur pathologique* et *l'erreur accidentelle* des gens normaux?

Conséquence de ces erreurs. Rapports avec les erreurs de perception et de reconnaissance.

Dod..., est un homme de soixante-seize ans, dément, non seulement par l'âge, mais surtout par l'abus de l'alcool. Il est désorienté dans le temps et l'espace, il a perdu la mémoire, etc. Voici un bout du dialogue qui s'est établi entre nous :

D. — Est-ce qu'on vient vous voir ici?

R. — Ma mère et mes deux sœurs.

D. — Quel âge a votre mère?

R. — Trente-huit ans.

D. — Et vous, quel âge avez-vous?

R. — Soixante-seize ans (ce qui est exact).

D. — Voyons, vous ayez soixante-seize ans et votre mère trente-huit?

R. — Je crois que c'est son âge habituel (*sic*).

D. — Ça ne vous choque pas?

R. — Oh! non!

D. — Vous êtes plus âgé que votre mère.

R. — Ça me surprend parce que vous me le faites remarquer.

D. — Comment cela se fait-il?

R. — Je ne sais pas.

D. — Alors, vous êtes né avant votre mère?

R. — Oui.
D. — Si votre mère est moins âgée que vous, comment est-ce possible ?
Dod... ne répond rien.

Ainsi Dod... est incapable de reconnaître que s'il a soixante-seize ans, ce qui est vrai, sa mère ne peut avoir trente-huit ans. Il a évidemment oublié la mort de celle-ci, à moins que sa mère n'ait quatre-vingt-treize ans, auquel cas elle aurait pu le mettre au monde à dix-sept ans, ce qui est encore possible. Dans la comparaison de l'âge du fils avec celui de la mère, Dod... néglige des choses essentielles et les éléments constitutifs de l'idée complexe, âge de sa mère, sont en grande partie absents de sa mémoire, probablement perdus définitivement. On insiste; un moment il paraît surpris, puis il retombe dans son affirmation sans chercher à sortir d'embarras.

Et pourtant cet homme a eu une certaine instruction, il a été comptable, comme il nous l'apprend lui-même, et, à ma demande d'écriture spontanée, est encore capable d'écrire correctement et rapidement ce commencement de lettre (semblable à celles qu'il a dû écrire quand il cherchait des places) : « Monsieur, je prends l'audace de me présenter à vous pour certifier mes talents, si c'est possible.... » C'est en grande partie du *langage de perroquet* (voyez plus loin). Il y a affaiblissement considérable de cette double faculté d'analyse et de synthèse, fonction fondamentale de l'esprit qui fait apparaître les différences et les ressemblances et qui joue dans toutes les opérations intellectuelles ; ce que W. James nomme sagacité est altéré à un haut degré chez ce malade, ainsi que les capacités d'association et même la discrimination, d'où l'incohérence des idées qui restent encore. Je me borne à cette constatation clinique sans entrer dans des finesses psychologiques, intéressantes sans doute, mais qui ne seraient pas à leur place. On pourrait peut-être appeler d'un mot, *perspicacité*, cet ensemble de propriétés fondamentales de l'esprit, qui disparaissent plus ou moins complètement suivant l'intensité de l'affaiblissement mental.

Autre exemple : on montre à une démente épileptique Per..., très intelligente autrefois, une image d'un journal amusant où l'on voit sur une rivière, près du bord, un tout petit canot plein de monde et. sur une planche d'embarquement, une énorme dame qui hésite à s'embarquer. Un des navigateurs dit à cette grosse dame : « Vite, ma tante, embarquez, nous sommes treize, nous allons couler si

vous n'embarquez pas pour faire la quatorzième. » Et l'on demande à la malade de dire ce qu'elle pense de cette image. On a beau l'aider et, laissant de côté la superstition du nombre treize, lui faire remarquer avec insistance l'énormité de la dame comparée avec le tout petit bateau déjà rempli et à fleur d'eau, impossible de lui faire manifester une opinion sur ce qui arrivera.

Bien qu'elle voie nettement la grosse dame et la nacelle minuscule, le rapport vrai entre les deux par rapport à l'eau lui échappe. La malade est incapable, non seulement de reconnaître qu'il y a une plaisanterie dans l'image et la légende (on ne lui en demandait pas tant), mais même de faire le raisonnement simple (que la grosse dame va faire couler le petit bateau), dont elle a sous les yeux tous les éléments. Elle est incapable, par défaut de perspicacité, d'établir une relation entre les différentes parties de l'image fournie, tandis que le premier dément donnait lui-même les éléments incohérents de sa pensée.

Une jeune fille de dix-neuf ans, Dela..., qui a été à l'école pendant plusieurs années, interrogée sur son âge, dit qu'elle a dix-sept ans et qu'elle est née en 1892 (elle est née le 1er février 1891). Je lui fais remarquer qu'elle doit se tromper sur son âge, étant donné que nous sommes en 1910. Je lui demande alors de calculer son âge, puisqu'elle sait la date de sa naissance et la date où nous sommes, et de me dire ce qu'il faut faire pour cela. Impossible de le lui faire dire. Je lui demande si elle a fait des opérations d'arithmétique. Elle me répond que oui. Invitée à essayer de faire par écrit l'opération, elle additionne les chiffres des deux années.

Le raisonnement très simple consistant à voir qu'il fallait retrancher 1892 de 1910 était impossible à faire. C'est une arriérée chez laquelle, par défaut d'instruction, de développement, il y a insuffisance dès qu'on lui demande quelque chose qui dépasse son niveau intellectuel, son degré de perspicacité. A côté de ces erreurs et absences de jugement, il y en a d'autres que l'on rencontre chez les débiles et qui sont d'une nuance spéciale que j'appellerai *sottise*. Elle est fort importante à distinguer des autres ; mais cela ne peut se faire que malaisément sans exemples. J'en donnerai plusieurs à l'article Débilité auquel je renvoie.

Les deux premiers exemples sont pris chez des déments, le dernier chez une arriérée. J'aurais pu aussi en prendre parmi les types cliniques qui présentent de l'excitation, de la dépression ou de l'incohérence. Chez tous, à plus ou moins haut degré, j'aurais pu montrer la diminution ou même l'impossibilité sur bien des points du travail intellectuel complet, normal,

cohérent, la diminution de la perspicacité. Chacun peut se rendre compte de ce qui se passe alors, en se rappelant la difficulté qu'une fièvre un peu intense, une perturbation émotive apportent aux opérations intellectuelles, à la réflexion, à la pensée. Mais dans ces cas, qui correspondent aux troubles mentaux aigus de cause reconnue, à la mélancolie, à la psychasthénie, la recherche de ces troubles supérieurs, peu évidents, perd de son importance pratique. Dans le syndrome confusion, ils peuvent être très marqués, et alors il est souvent délicat de distinguer ce syndrome d'un état de démence ou d'arriération il faut examiner de près tous les symptômes (Voyez aux art. Confusion et Démence). Pour ces erreurs de perspicacité, considérées isolément, on peut dire avec réserves, que dans le syndrome confusion elles sont plus étendues et dans les démences parfois plus partielles, plus lacunaires. Il faut aussi ajouter cette notion que l'affaiblissement du jugement dans les démences est définitive, tandis qu'elle n'est que temporaire et variable dans les formes aiguës. De plus, chose importante, la forme même sous laquelle apparaît cette défectuosité du jugement indique la démence : c'est plutôt *l'erreur* grossière, énorme, sauf à la période ultime, tandis que chez l'aliéné curable c'est plutôt *l'absence* de jugement en général. Ce sont là des nuances psychologiques intéressantes, qui ne sont pas absolues, et dont l'étude est à faire faire.

Voici maintenant des erreurs de jugement et de raisonnement qui ont un tout autre aspect :

Em..., concierge et garçon de recettes dans une grande compagnie, a trouvé depuis deux mois, en faisant ses comptes, trois fois des déficits dans ses recettes et une fois 60 francs en plus un mois auparavant. Il en a conclu que c'était un piège. L'été dernier, il a entendu une personne qui, passant auprès de lui, a dit à un autre : « Tant qu'il n'aura pas écrit, il n'aura pas de place. » Ceci s'appliquait à lui comme il l'a compris après. Aujourd'hui, il a entendu deux filles publiques qui, causant entre elles, ont dit : « Il l'a avalée, la boulette de la Samaritaine. » Or, il a été employé à la Samaritaine, et quelque temps avant le propos des deux filles, il a eu le pied enflé « d'un seul coup » (rhumatisme). C'est qu'on l'avait empoisonné et qu'il avait avalé une boulette. Il y a dix-huit mois il a bu une absinthe qui sentait le goudron. « C'était suspect. » Il soupçonne sa belle-sœur et sa femme d'avoir fait toutes ces tentatives d'empoisonnement. Il faut ajouter ce détail qu'il est en froid réellement depuis de longues années avec sa belle-sœur et la famille de sa femme. C'est depuis six mois qu'il a ces idées d'interprétation de persécution; il dort fort mal et il a très probablement fait des excès de boisson, bien que sa femme les nie. En dehors de cela, il ne présente rien d'anormal.

Ce sont là des erreurs de jugement, d'appréciation, interprétations délirantes et idées délirantes, qui diffèrent des erreurs et absences de perspicacité citées premièrement, parce qu'elles se rapportent avant tout à la personne même du malade. D'une façon générale, on peut dire que ce sont des erreurs de jugement, des fautes de perspicacité, concernant « les *moi* » du malade, « moi social », « moi propriétaire, », si je puis dire, « moi corporel », « moi spirituel », qui constituent les idées délirantes. Ces erreurs, non seulement concernent ces « *moi* », mais sont d'une importance énorme, d'un intérêt capital pour eux, ce qui indique le rôle caché joué par les émotions et sentiments dans leur genèse. J'en traiterai dans un chapitre spécial, en détail (Voyez Idées délirantes).

Ces idées délirantes constituent aussi des incohérences qui échappent au malade, mais on est convenu de ne pas leur donner ce nom d'incohérence, car cette incohérence est cachée, fine, contrairement à la grossière incohérence de Dod... ou de Pas... (voyez plus bas). Mais il y a des transitions entre l'erreur de jugement comme celle de Dod... et l'erreur délirante. Ainsi un dément sénile qui n'a plus de mémoire oublie où il a mis son argent. Il le cherche en vain, ne le trouve plus et accuse ses domestiques, ses parents ou ses voisins de l'avoir volé. — Enfin, il y a des erreurs de jugement que le malade commet vis-à-vis de ses idées délirantes elles-mêmes, ou entre elles et la réalité. Le paralytique général Pas... va nous le montrer :

D. — Quel âge avez-vous?
R. — Trente-sept ans (exact).
D. — En quelle année êtes-vous né?
R. — En 1892.
D. — En quelle année sommes-nous?
R. — En 1896.
D. — Alors vous avez quatre ans?
R. — Oui.

. . . .

D. — Avez-vous gagné beaucoup d'argent?
R. — Vingt-deux sous de l'heure et la nuit le double.
D. — Combien ça fait par mois?
R. — Trente-deux mille francs.
D. — Combien avez-vous mis de côté?
R. — Ah ! beaucoup de millions.
D. — Etes-vous marié?
R. — Non.

D. — Comptez-vous vous marier ?
R. — Oh ! oui, avec une gosse de onze ans, très jolie, la plus jolie de France.

On peut dire que c'est tout à fait incohérent, presque comme les exemples que j'ai donnés au paragraphe incohérence. Car toutes ces erreurs d'origine différente ne concordent pas entre elles ni avec la réalité. Je reparlerai plus loin de l'incohérence du délire. Mais, pour le dire immédiatement, l'incohérence du délire, c'est-à-dire le défaut de perspicacité du malade vis-à-vis des rapports de ses idées délirantes entre elles, est d'une très grande importance sémiologique. Quand il ne s'agit pas d'un délire de rêve (voyez cet article) ou d'un délire avec excitation, cela indique que le délire est apparu sur un fond d'affaiblissement ou de faiblesse intellectuelle ou que ce fond apparaîtra probablement un jour, autrement dit qu'*à côté du délire* le malade fait des erreurs de perspicacité ou est tout prêt à en faire (il faut quelquefois attendre très longtemps).

En somme, toutes ces erreurs de jugement et de raisonnement constituent des incohérences de la pensée, à moins qu'elle ne s'abstienne de fonctionner sur tel ou tel point. Comment peut-on les distinguer (je ne parle pas ici des idées délirantes proprement dites, très différentes d'aspect) de l'incohérence telle que nous l'avons définie? Celle-ci est totale, généralisée ou presque, il n'y a presque plus de pensées sous les mots, celles-là sont moins étendues, partielles, pour certaines pensées, et on peut encore reconnaître l'absence ou l'erreur de raisonnement; mais il y a passage de l'une aux autres par transition insensible.

Reste encore une question : *Quelle différence y a-t-il entre ces erreurs pathologiques et l'erreur des gens dans les limites de la normale*? Psychologiquement parlant, aucune. C'est une question de degré qui la fait apprécier, et surtout les accompagnements de ces erreurs.

Ces absences ou erreurs de raisonnement, de jugement, peuvent avoir des conséquences. Elles peuvent être le point de départ d'idées délirantes, susciter des réactions émotionnelles, amener des actes incohérents. Elles constituent aussi les erreurs de perception, de reconnaissance mentionnées sous ces titres, car la perception et la reconnaissance sont des jugements, des raisonnements sur des points spéciaux. On verra mieux aux chapitres Démence et Arriération mentale, où tous ces troubles de la perspicacité sont réunis, les conséquences dont je viens de parler.

CHAPITRE IX

L'ORIENTATION DANS LE TEMPS ET LE MONDE EXTÉRIEUR.

SOMMAIRE. — Orientation dans le temps et le monde extérieur. Sa perte et son affaiblissement, erreurs dans les états de confusion, de rêve, de démence, d'arriération; dans certaines folies, sous l'influence des idées délirantes. Importance pratique.

Nous avons vu que l'alcoolique confus Bas... (p. 69) ne connaît pas la date et se croit dans « les Bouches-du-Nord ». C'est ce qu'on appelle la désorientation dans le temps et la désorientation dans le monde extérieur (j'emploie plutôt cette expression à la place de celle de l'espace qui me paraît trop géométriquement abstraite et inexacte). Il est incapable de faire le travail intellectuel de suivre le temps, comme nous le faisons tous, par l'almanach, le journal, etc., et de savoir où il est, parce qu'il n'a pas suivi, absorbé dans son état de confusion ou de rêve, le trajet qui l'a amené à Bicêtre, et eût-il entendu ce nom et reçu des explications, il eût été hors d'état de les comprendre et de s'en souvenir, pas plus qu'il n'est en état de reconnaître par lui-même qu'il est dans un hospice de fous.

Il en sera de même chaque fois que le travail intellectuel normal sera suffisamment entravé, c'est-à-dire chaque fois qu'il y a une stagnation par arrêt suffisante, avec ou sans incohérence. Mais l'orientation dans le temps est beaucoup plus facile à perdre, tout le monde le sait, que l'orientation dans le monde extérieur.

Cet empêchement à l'orientation peut tenir aussi à un délire de rêve très actif comme chez l'alcoolique pur, qui ne s'occupe que de son rêve et pas du monde extérieur.

Cha... L., paralytique général, ne reconnaît plus personne. Il ne sait ni où il est, ni bien entendu la date ni l'année. Il a tout oublié, il est incapable par suite de sa démence de suivre le cours officiel du temps et de savoir où il est. Au début, il savait bien qu'il était à Bicêtre, mais la date a rapidement été négligée par lui-même à un moment où il aurait pu encore la savoir. L'indifférence démentielle l'empêchait de s'en occuper.

Dans ces cas il y a donc désorientation temporelle et extérieure par le même mécanisme que j'ai cité ci-dessus, mais aussi, surtout pour le temps, par l'indifférence. On peut donc mettre ici ces désorientations sur le compte de plusieurs éléments pathologiques : perte de mémoire, perte de l'attention, par inertie indifférente sous-jacente; cela montre la difficulté de découper en tranches bien distinctes les opérations de l'esprit.

J'ai à peine besoin de mentionner que les idiots ne sont pas orientés, que les imbéciles et arriérés peuvent l'être très mal, ou pas du tout pour le temps. Cela tient à l'insuffisance intellectuelle. On le constate aussi dans les cas de perte isolée de la mémoire (syndrome de Korsakoff pur), car le malade oublie aussi bien la date que le lieu où il est. Ainsi que je l'ai dit et le redirai plus loin, Gon... et Lac... (voyez les observations complètes) ne savaient absolument pas, malgré des tentatives de rééducation, où ils se trouvaient, ni la date. Lac... à un moment où il était assez amélioré pour avoir conscience qu'il avait perdu la mémoire, avait un journal dans sa poche pour connaître la date, mais il lui arrivait souvent d'oublier qu'il l'avait.

Enfin, il y a des cas de désorientation due à des idées délirantes sur le temps ou le lieu où se trouve le malade.

Quelques paresseux détraqués, parfois même les gens normaux en vacances ne suivent pas non plus l'écoulement officiel des jours.

On voit donc que c'est un phénomène secondaire, mais souvent important, car il est facile à constater. Il fait partie des syndromes stupidité et confusion ; il peut être une conséquence du délire de rêve ; il peut faire partie des états dits démentiels et de faiblesse intellectuelle ; il se rencontre dans le syndrome de Korsakoff, enfin dans quelques conditions plus rares et moins importantes.

CHAPITRE X

LES HALLUCINATIONS ET LES ILLUSIONS (1)

SOMMAIRE. — *Hallucinations et illusions de l'ouïe.* — Nombreux exemples pris dans les folies systématisées où ils sont typiques, montrant que le malade croit entendre avec une précision parfaite tout ce que l'on peut entendre normalement et réellement.

Formes de l'hallucination. — Tous les détails de la réalité, quand elle est bien développée.

Intensité, objectivité de l'hallucination. — Variable avec les types oliniques.

Hallucinations unilatérales.

Contenu et caractères de l'hallucination.

Echo de la pensée. — L'hallucination répète la pensée du malade.

Combinaisons d'hallucinations de l'ouïe avec celles d'autres sens.

Eveil de l'attention sous l'influence de l'hallucination.

Rapports avec le délire et l'intelligence. — L'hallucination fait partie du délire, sauf exceptions rares où elle est le délire seul.

Rapports avec les sentiments et émotions. — Colère, mépris, pleurs, etc., sous l'influence de l'hallucination.

Rapports avec les actes. — Actes sous la dépendance directe de l'hallucination.

Origine psychologique de l'hallucination. — Dans les folies systématisées, l'hallucination paraît être l'idée délirante objectivée. Elle *paraît* avoir une action sur l'évolution du délire dans les folies systématisées.

Causes adjuvantes de l'hallucination. — Jeûne, insomnie, etc., dans certains cas.

Diagnostic. — Par un interrogatoire *précis* et *minutieux*, les hallucinations doivent être distinguées des hallucinations psychiques et des interprétations délirantes.

Valeur séméiologique. — Grande importance dans la folie de persécution systématique. Beaucoup moindre dans les troubles aigus et autres. Un exemple d'hallucination consciente dans la psychasthénie.

Valeur pronostique. — L'hallucination de l'ouïe persistante est en général l'indice de la chronicité.

Résumé. — Définition : — L'hallucination est une perception sans objet ; l'illusion une perception erronée.

Hallucinations de la vue. — Exemples dans le délire alcoolique, le délire d'épuisement, infectieux, épileptique ; se trouvent dans l'hystérie. Font le plus souvent partie du syndrome délire de rêve. Caractères spéciaux chez l'alcoolique, parfois chez l'épileptique.

L'hallucination de la vue chez les fous mystiques. Son importance.

Ses caractères spéciaux chez les fous persécutés.

Hallucinations conscientes de la vue. — Chez un neurasthénique, chez un surmené.

Hallucinations visuelles hypnagogiques. — Il y en a aussi d'auditives.

(1) RÉGIS, *Précis de psychiatrie*, 4e éd., Paris, 1909, p. 70.

Valeur sémiologique. — L'hallucination visuelle indique souvent le délire de rêve, représentant des animaux, plutôt l'alcoolisme; mystique, l'épileptique ou le fou mystique.

Ses rapports avec le délire et les autres éléments de l'esprit.

Causes adjuvantes. — Jeûne, privations, insomnie.

Valeur pronostique — Suivant la forme et le contenu.

Hallucinations ou illusions du goût. — Exemple chez un persécuté.

Hallucinations et illusions de l'odorat. — Exemple chez une persécutée. Les hallucinations du goût et de l'odorat peuvent se montrer aussi dans les délires toxiques, infectieux,etc. Elles n'ont de valeur que dans les folies systématisées, surtout de persécution.

Conséquences pratiques importantes.

Hallucinations du tact, du sens thermique, du sens de la douleur, de la sensibilité dite interne. — Nombreux exemples; grande importance dans les folies systématiques; rapports étroits avec les idées délirantes de persécution et hypocondriaques. Cas particulier du cocaïnisme : un exemple particulier dans le morphinisme.

Y a-il vraiment douleur dans ces troubles de la sensibilité? Rapports avec les idées hypocondriaques, les « topoalgies » et les « coenesthopathies ».

Hallucinations dans les organes génitaux. — Exemple chez un persécuté de deux choses différentes : hallucination *au niveau* des organes génitaux et excitation réelle. Importance réactionnelle surtout chez la femme.

Hallucinations dites psychiques, psycho-motrices,pseudo-hallucinations. — Exemple d'hallucinations psycho-motrices. Il y a probablement des hallucinations psychiques sensorielles sans extériorisation. Faire préciser le malade pour distinguer ces phénomènes de l'hallucination complète. Expressions caractéristiques des malades. Rapports avec l'écho de la pensée, la prise de la pensée, la possession, les idées de persécution et mystiques. Pronostic fréquent de chronicité. Rapport avec l'impulsion verbale.

Rapport des hallucinations entre elles et avec le délire.

Hallucinations et illusions de l'ouïe.

Le malade Im... s'exprime ainsi : « J'entends sa voix (de ma sœur) distinctement, aussi distinctement que je vous entends à présent, Monsieur le docteur, lorsque vous me parlez. On dit que j'entends cette voix parce que je suis persécuté, mais je sais bien que ce n'est pas de la persécution puisque je l'entends distinctement, que je reconnais le timbre de sa voix..... Lorsque je n'agis pas selon les ordres de ma sœur, ma sœur me pousse par les épaules, soit en avant, soit en arrière; je suis donc forcé d'agir. C'est ainsi que j'ai été forcé de voler à la bonne les trois francs. »

La voix de sa sœur lui dit les plus étranges injures, sa sœur sait toutes ses pensées et il est forcé de lui répondre, car, lorsqu'il a répondu, la voix cesse de lui parler pendant un quart d'heure. « Parfois, la voix m'appelle ; je cours, mais je ne trouve personne ». Il répond aux injures de sa sœur par d'autres injures. Il entend aussi des voix indistinctes.

Rob... a entendu des coups de canon tirés sur lui. Un premier coup avait été tiré lorsqu'il était en cellule. A la salle Voisin on a tiré quatre coups (dont le dernier à boulet rouge). Ces coups avaient détonné moins fort. Le bruit semblait venir d'une certaine distance.

Les gens savants appellent les hallucinations non verbales akoasmes et les hallucinations verbales auditives phonèmes.

Le persécuté Jo..., a entendu au début des cris et des gémissements qui partaient de la chambre à côté.

Mme Gil..., persécutée, entendait des ronflements comme ceux produits par un moteur.

Le persécuté Vig..., qui entendait les injures de ses ennemis, nie depuis un certain temps avoir des communications avec ses persécuteurs, car il est devenu réticent. Mais quand on l'observe dans la cour à son insu, on le voit dans l'attitude d'un homme qui écoute attentivement, mais en se mettant les deux mains sur les oreilles et en ouvrant la bouche.

Un autre, Dumo..., pendant l'interrogatoire dans mon cabinet, dit recevoir des communications auditives par le télégraphe sans fil. Effectivement, au cours de la conversation, il se tait à un moment subitement, et ferme les yeux à moitié. Ses paupières sont agitées d'un battement précipité, sa mimique exprime une attention auditive extrême. Il dit, au bout d'un instant, avoir reçu une communication sur laquelle il ne peut donner aucun renseignement, car c'est une affaire très grave, etc.

Ainsi, chez ces malades, tout se passe comme s'ils entendaient des bruits, des sons, des paroles (qui n'existent pas), puisqu'ils disent les entendre, en les décrivant avec une exactitude souvent minutieuse, ou se comportent au point de vue mimique comme s'ils les écoutaient réellement. On appelle ce phénomène hallucination de l'ouïe. En langage psychologique, on dit qu'il y a perception sans objet.

Illusion de l'ouïe. — Til..., auto-accusateur persécuté (voyez l'obs. complète), affirme que les autres malades dans le service le traitent de charogne, pédéraste, alcoolique, etc. Il est très précis sur ce point et très afirmatif. Vérification soigneuse faite, ce phénomène ne se produit que quand des malades parlent auprès de T..., et c'est dans ces conversations banales que T..., perçoit les injures à lui adressées.

Ainsi le malade croit entendre certaines paroles, mais qui ne sont pas celles effectivement prononcées. Ce phénomène s'appelle illusion de l'ouïe. Un exemple bien connu est celui du voyageur en chemin de fer qui entend dans le bruit du train, toute la nuit, un chant rythmé plus ou moins net. On saisit la différence avec l'hallucination où il n'y a pas de parole (de voix, de sons, de bruit) extérieure, réelle, excitatrice du trouble. Cette distinction, très nette dans les cas extrêmes, l'est beaucoup moins dans une foule de cas, si bien que quelques auteurs ont affirmé, de par la théorie, que cette distinction n'était pas fondée, l'hallucination ayant toujours

une cause occasionnelle extérieure au centre sensoriel, soit dans le monde extérieur, soit dans les terminaisons nerveuses du patient.

Tout le monde sait que les hallucinations du rêve sont tantôt de vraies hallucinations, tantôt des illusions. L'important est l'existence du trouble mental qui fait entendre des choses qui n'existent pas, que ce soit en totalité ou en partie, et j'emploierai le mot hallucination dans le sens général de trouble sensoriel, sauf indication particulière.

Formes de l'hallucination. — Im..., entend donc sa sœur lui parler, lui dire des injures, le commander. Il reconnaît le timbre de sa voix puisqu'il dit : « Je cours, mais je ne trouve personne. »

Mme Gil..., que j'ai déjà citée, dit que les étudiants du sixième lui parlent au moyen d'appareils à rayons X. Ils sont dans l'appartement au-dessus d'elle. Les voix sont éloignées ou rapprochées suivant qu'ils sont plus ou moins loin. Ce sont des voix d'hommes. « Une femme me fait des propositions dégoûtantes par la fenêtre de sa cuisine et elle m'a menacée de maladies si je n'étais pas sa maîtresse..... Quand j'ai le gaz ouvert, j'entends (par la canalisation) ce qui se dit (sur moi) au commissariat de police de la rue Vauquelin. »

Les faits précédents nous apprennent que les hallucinations *peuvent* présenter à l'esprit tous les détails de la réalité : timbre des sons ou des voix, éloignement, rapprochement, localisation précise, etc. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

Intensité de l'hallucination. — L'hallucination peut être « floue », imprécise (comme dans le rêve où il y a tous les degrés), plus ou moins complète ou extériorisée, « objective », intense. Cela dépend des types cliniques, de la présence de la démence ou de l'arriération mentale, etc. Il peut, je crois, y avoir des transitions insensibles depuis *l'objectivation* la plus nette jusqu'à l'hallucination interne comparable au souvenir, seulement un peu plus accentuée et « prédominante ».

Hallucinations unilatérales. — Chez quelques malades les hallucinations de l'ouïe ou certaines d'entre elles ne sont avouées être perçues que par une oreille déterminée (Séglas). Ainsi, le persécuté Vig... (voyez p. 145) n'a reçu au début les communications hypnotiques que par l'oreille droite.

Contenu et caractère de l'hallucination. — Les voix entendues parlent au malade, lui tiennent généralement des discours, dialoguent avec lui ou entre elles, etc. Le contenu des paroles varie avec la forme de l'aliénation; ce sont ordinairement des injures, des menaces, des moqueries, parfois des néologismes, des révéla-

tions, des encouragements, des compliments comme nous le verrons plus bas (obs. Rob...)

Écho de la pensée. — Il arrive souvent aussi, surtout chez les persécutés chroniques, que les voix entendues semblent répéter tout haut les pensées des malades : c'est ce qu'on appelle écho de la pensée. Ainsi cette dame Gil... dit : « ils répètent ma pensée et je l'entends par l'ouïe. »

Combinaisons d'hallucinations de l'ouïe avec celles d'autres sens. — Dans l'observation du persécuté Imb..., nous lisons que la sœur du malade le pousse par les épaules quand il n'obéit pas à sa voix. — Rob..., sur qui on tire le canon, entend le coup, voit le boulet et sent le vent du boulet, si bien que Neptune lui fait baisser la tête pour éviter le projectile.

Il y a là un phénomène fort intéressant : c'est la combinaison d'hallucinations de différents sens entre elles; dans ces cas, le phénomène simule ce qui se passe dans les rapports que l'intelligence anormalement avec les objets extérieurs, sources des perceptions par les différents sens. Ceci n'a pas toujours lieu. Comme on le verra, dans la folie des persécutions les hallucinations de la vue viennent rarement compléter les autres, sauf une exception que j'indiquerai.

Eveil de l'attention. — Le malade fait attention à ses hallucinations. Dans certains cas, comme celui de Dumo..., elles s'imposent avec force et interrompent d'autres processus intellectuels, la conversation, etc. D'autres fois, il semble que le malade leur prête moins d'attention, surtout dans les périodes de calme ou de dissimulation.

Rapports avec le délire et l'intelligence. — Mme Gil..., attribue les voix qu'elle entend aux étudiants qui demeurent au-dessus d'elle. — Bor... dit que les autres malades l'injurient parce qu'ils veulent le tourmenter, le prendre pour jouet.

L'hallucination de l'ouïe fait donc partie de l'ensemble délirant, et est en relation avec le trouble intellectuel, relation plus ou moins étroite suivant la forme mentale, car il y a des cas rares où l'hallucination est à elle seule tout le délire, c'est-à-dire qu'à elle ne se rajoutent pas des idées délirantes, abstraites par le travail supplémentaire de l'esprit. Mais il ne faut pas croire que l'aliéné persécuté n'entend pas comme tout le monde à côté de ses hallucinations. Il n'est nullement désorienté pour cela et

il n'a aucune surdité ni difficulté à entendre normalement ce qui est en dehors de son délire. L'hallucination influe (paraît influer) seulement d'une certaine façon sur son intelligence et on peut dire par une expression qui dépasse la réalité (1) que l'hallucination « provoque » des erreurs de jugement, de raisonnement, souvent des idées délirantes, comme lorsque Im... accourt à la voix qui l'appelle.

Rapport avec les sentiments ou émotions. — Ce même malade Imb.., se met alors en colère. — Gou... E. (p. 72) reçoit avec mépris et hauteur les menaces. — Bor... accueille les quolibets par des pleurs et des lamentations.

C'est dire que l'hallucination semble provoquer des sentiments et des émotions comme si c'était la réalité même. On conçoit donc que ces émotions peuvent susciter des actes dangereux.

Rapport avec les actes. — Rob... entend une voix qui lui commande de se jeter sous un train; il obéit et a un bras écrasé. — Im..., entend sa sœur lui ordonner de voler 3 francs à une bonne; il exécute l'ordre, ce qui lui vaut d'être pris par la police et interné de nouveau. — Mme Gil... raconte qu'une voisine la traitait constamment de putain et venait sonner à sa porte : « Une fois, je l'ai attrapée sur le fait et je lui ai envoyé une gifle », ce qui fait expédier la malade à Sainte-Anne.

Ceci montre que les actes du malade peuvent être sous la dépendance directe du contenu des hallucinations, entraînant une croyance entière à leur réalité. Nous avons déjà vu que les actes mimiques sont aussi en rapport avec les hallucinations.

Origine psychologique de l'hallucination. — Sauf dans quelques cas très rares où elle paraît isolée, l'hallucination de l'ouïe fait partie d'un ensemble de modifications pathologiques de l'esprit. On a cherché si l'hallucination dépendait du délire ou inversement. Je crois que la première hypothèse doit être adoptée dans les folies systématisées : l'hallucination paraît être l'idée délirante objectivée. Mais comme nous l'avons vu plus haut, quoique l'hallucination fasse partie d'un tout, elle agit pourtant ou semble agir comme si elle était relativement isolée, comme agit réellement un objet extérieur sur le cours des pensées, des sentiments et des actes. Elle *paraît* donc avoir une action sur l'évolution du délire, surtout dans les cas de folie systématisée (voyez plus bas), dans laquelle l'intelligence n'est pas affaiblie, ou dans les cas très aigus où

(1) Parce qu'en somme l'hallucination et le délire ne font qu'un (voyez aux Idées délirantes).

l'hallucination est presque tout le trouble intellectuel, comme on le voit dans le rêve et les folies toxiques et infectieuses.

Causes adjuvantes de l'hallucination de l'ouïe. — Y a-t-il des causes qui paraissent favoriser les hallucinations de l'ouïe? Comme on les a constatées parfois dans des affections auriculaires, comme il y a les hallucinations hypnagogiques (voyez plus bas), on a accusé les maladies de l'oreille et le sommeil de favoriser la production des hallucinations de l'ouïe. Le jeûne et l'insomnie préparent indiscutablement un terrain favorable (comme aux hallucinations visuelles) et on a attribué à l'isolement cellulaire les délires hallucinatoires si fréquents chez les prisonniers.

Diagnostic. — Pour que le médecin soit sûr qu'il y a hallucination de l'ouïe, il faut que le malade s'exprime comme nous en avons donné des exemples. Il faut parfois insister et faire préciser les détails et bien demander au malade s'il entend les bruits ou les paroles « du dehors », « par l'oreille », « extérieurement », « comme je vous parle ici en ce moment », mais il faut se garder de lui demander s'il a des hallucinations. Le médecin qui s'exprimerait ainsi serait à peu près sûr de ne rien obtenir, si ce n'est un refus de répondre ou des injures s'il s'agissait d'un persécuté. — Il faut faire préciser, dis-je, parce qu'on peut confondre les hallucinations de l'ouïe avec des phénomènes voisins, les hallucinations psychiques, et avec des phénomènes délirants, c'est-à-dire les interprétations délirantes qui n'ont pas le caractère d'extériorisation sensorielle (voyez plus bas à Idées délirantes). Il faut ensuite étudier l'hallucination dans tous ses détails et ses rapports avec les autres manifestations de l'esprit. Lorsque le patient ne répond pas ou dissimule, il faut chercher à constater, en prenant ses précautions, la mimique hallucinatoire parfois si caractéristique.

Valeur sémiologique. — Les exemples donnés se rapportent presque tous à la folie de persécution. C'est que l'hallucination de l'ouïe y joue un rôle très important. Elle a pour caractère d'y être le plus souvent très étendue, complexe et presque constamment présente. Elle évolue avec l'affection elle-même (voyez Folies systématisées). Elle se rencontre aussi dans les délires toxiques, infectieux, d'épuisement, le délire épileptique, les démences, la mélancolie, la démence précoce, etc.; mais n'y joue *ordinairement* qu'un rôle effacé. Enfin, dans la psychasthénie elle est exceptionnelle et peu importante. En voici pourtant

un cas atténué où l'on voit qu'elle participe du caractère de l'obsession (voyez ce chap.), car elle est ici en grande partie « consciente » :

Un neurasthénique, Bcs..., entendit pendant une période de six mois un bruit particulier reproduisant exactement le bruit d'une scie sciant du bois au loin. Il entendait ce bruit d'une façon très nette, surtout à la campagne. Plusieurs fois, principalement au début de l'apparition du phénomène, il a cru à la réalité complète de l'hallucination, c'est-à-dire que quelque bûcheron sciait réellement du bois quelque part. Mais le fait d'entendre aussi ce bruit dans sa chambre le convainquit rapidement que c'était une hallucination de l'ouïe. Elle se manifestait surtout quand il se trouvait au jardin.

Si bien que la constatation d'une hallucination auditive précise, circonstanciée, crue réelle, doit surtout éveiller le soupçon d'une folie, parfois cependant d'une intoxication (voyez. p. 303).

Valeur pronostique. — D'où la déduction qu'ordinairement l'hallucination auditive est d'un pronostic sérieux de chronicité.

Résumé. — La longue étude que je viens de faire de l'hallucination de l'ouïe nous a appris des détails nombreux que l'on retrouve dans les hallucinations des autres sens, ce qui me permettra d'être plus bref sur elles. On peut *mutatis mutandis* appliquer à presque toutes les hallucinations les données ainsi acquises.

L'hallucination est une perception sans objet, l'illusion une perception erronée, qui peut arriver à présenter tous les caractères de la réalité. Elle peut être élémentaire ou complexe, isolée ou en rapport avec d'autres, intense ou faible, précise ou presque pas objectivée ou floue, donc présentant tous les degrés et aussi tous les intermédiaires entre la perception et l'idée. Elle a des rapports étroits avec le délire, les émotions, les sentiments, les actes, avec l'évolution du trouble mental. Elle peut être plus rarement reconnue comme pathologique par le malade (folie dite avec conscience, mieux dénommée obsession). Enfin, chez les névropathes surtout, il y a les hallucinations dites *hypnagogiques* qui consistent en bruits, sons, paroles brèves entendus nettement au moment de s'endormir ou au réveil. Elles sont le pendant sensoriel des secousses que l'on a souvent dans les mêmes conditions.

Hallucinations de la vue.

L'alcoolique Dol..., a eu, comme je l'ai dit (p. 1), de nombreuses hallucinations visuelles où elle voyait des bêtes et des hommes menaçants.

Pré... est un alcoolique qui voit des têtes de lions se précipiter sur lui pour le dévorer; ces têtes grossissent en se rapprochant de lui. Une frayeur intense accompagne ces apparitions menaçantes et le malade sort de son lit et cherche à se sauver, à fuir devant le danger.

L'observation de Loy..., (p. 2) nous a montré des hallucinations et illusions nombreuses de la vue, kaléidoscopiques comme dans le rêve, qui constituent ici encore la majeure partie du délire de rêve des confus.

L'observation de Mme XXX..., (voyez aux Types cliniques) nous donnerait le même enseignement pour les délires infectieux.

Ama..., épileptique, a des troubles mentaux très courts, indépendants des accès convulsifs. Au cours de ces troubles, le visage du malade reflète l'épouvante; il voit en effet des gens menaçants sortir du mur, se précipiter sur lui et il se défend à coups de pieds et de poings. Il voit Bicêtre crouler sur lui; le feu est à son lit; il crie que sa literie brûle et il court effaré pour chercher les pompiers.

Dans l'hystérie, on trouve aussi des hallucinations visuelles, que ce soit dans l'attaque ou dans la « folie hystérique. »

Ces hallucinations visuelles jouent donc un rôle important dans les délires toxiques, infectieux, d'épuisement, épileptique, etc., où elles font le plus souvent partie du syndrome délire de rêve ; elles y sont donc nombreuses, multiples, et dans le délire alcoolique elles revêtent ordinairement le caractère d'être « zoopsiques », c'est-à-dire de représenter des animaux, mobiles, souvent grossissantes et ordinairement désagréables ou terrifiantes. Mais ces caractères se présentent parfois dans les autres délires, surtout infectieux. Dans le délire épileptique, elles sont souvent mystiques, ce qui est important pour le diagnostic.

Le jardinier Vuk..., est un fou mystique. Un jour qu'il travaillait à son jardin, il vit une fumée s'élever de terre; cette fumée se condensa peu à peu et deux yeux apparurent, puis une grande barbe et le reste du visage. C'était Dieu le père qui le visitait ainsi et lui fit comprendre sans un mot par « inspiration » qu'il le chargeait d'une mission régénératrice. A dater de ce moment, il se croyait un prophète et il composait des écrits en espèce de vers plus ou moins imités des psaumes bibliques et dans lesquels il vous menaçait des pires châtiments si on n'obéissait pas à sa voix et si on n'écoutait pas ses élucubrations sur le système du monde.

Un autre mystique très débile Lefr... a vu le diable :

D. — Comment est-il ?

R. — Je crois que je reconnaîtrai sa tête, mais pas son âme.

D. — Avait-il une queue, des cornes ?

R. — Je le reconnaîtrais ; je l'ai vu au coin d'une fenêtre dans cette maison.

D. — Quand ça ?

R. — Hier.

D. — Il vous a parlé ?

R. — Non, c'est une vision que j'aie eue.

Il n'a jamais varié dans cette affirmation pendant les deux ans qu'il est resté à Bicêtre où il est mort de tuberculose. « Je n'ai vu que sa tête (du diable), rayée de plusieurs couleurs, mais ç'a été si rapide que je ne me rappelle plus bien », a-t-il dit quelques jours après l'apparition. Dieu l'inspirait aussi et il écrivait au pape en lui parlant de sa vision.

Ici, l'hallucination paraît moins précise parce que Lefr... est très faible d'esprit et qu'il est difficile de lui faire expliquer quoi que ce soit, mais elle a les mêmes caractères que celle du jardinier mystique.

Ce sont des exemples nets de l'hallucination visuelle des fous mystiques systématisés. On en trouvera un autre très beau aux types cliniques. L'hallucination est précise, solennelle, unique ou rare, généralement muette; elle paraît exercer une grande influence sur les sentiments et les actes, car elle confirme l'aliéné dans ses idées de grandeur mystique; dans d'autres cas elle fait exécuter des ordres donnés par« inspiration », par la pensée (voyez page précédente).

Mme Gil..., déjà citée, persécutée par les étudiants qui demeurent au 4e et au 6e et qui l'injurient, décrit avec forces détails ces hallucinations auditives. Mais elle a aussi des hallucinations visuelles :

D. — Dormez-vous ?

R. — Oui, mais je me réveille en sursaut. Ils traînent un corps sur le parquet; c'est sans doute une femme. Mais il y a des lames de feu qui descendent du plafond et il tombe des gouttes d'eau qui sont d'apparence huileuse et il faut les essuyer.

D. — Comment sont ces lames de feu ?

R. — Ce sont des éclairs qui viennent plus la nuit que le jour.

D. — Est-ce que cela fait du bruit ?

R. — Oui.

D. — Quelle couleur ?

R. — Ce sont des étincelles blanches, bleuâtres.

D. — Cela vous fait-il mal ?

R. — Pas du tout.

Un autre jour, elle nous dit que ce sont des feux follets qu'elle a vus la nuit précédente courir sur le plancher. La malade n'attache pas une grande importance à ces visions; tout son intérêt se concentre sur les autres hallucinations.

Ce genre d'hallucinations visuelles ici plus marquées que d'ordinaire, joue un rôle secondaire chez les persécutés.

Ver... N. est un grand débile; il est persécuté et mystique en même temps (voyez l'observation complète). Sa sottise fait qu'il ne peut s'expliquer très

clairement. Ses persécuteurs lui font apparaître pour l'exciter des derrières de femmes qu'on l'oblige à « humecter fortement »; ces « derrières » ne semblent pas lui apparaître avec une très grande netteté.

C'est là le caractère ordinaire des hallucinations visuelles chez les fous systématiques persécutés, qu'elles soient en rapport avec les idées érotiques (voyez aussi l'observation de Jo...). Il arrive souvent aussi que les malades ne croient qu'à moitié à la réalité de ces apparitions : ce sont, disent-ils, des fantasmagories que leur font voir leurs ennemis pour les tourmenter ou les exciter sexuellement.

Hallucinations reconnues comme telles. Hallucinations accidentelles. — Le neurasthénique dont j'ai déjà parlé, Bes... avait eu, il y a de longues années, avant cette hallucination de l'ouïe que j'ai relatée, des hallucinations visuelles un peu spéciales et aussi reconnues comme telles. A une époque où il était sujet à des troubles dyspeptiques intenses, il voyait parfois le soir, en travaillant à la préparation d'un concours, des figures peu distinctes, flottantes dans l'air, dans la partie obscure de la pièce. Ces hallucinations assez floues, qui ne se sont présentées que tout à fait temporairement, étaient reconnues comme pathologiques par ce neurasthénique. Un régime plus sévère les fit disparaître rapidement.

Un de mes collègues, Y... racontait qu'étant étudiant et ayant disséqué toute la journée, avec beaucoup d'attention, je ne sais plus quelle préparation anatomique, il avait vu le soir pendant un certain temps flotter devant ses yeux le cadavre de la journée avec une apparence de réalité parfaite. Ce phénomène, peut-être dû à une fatigue momentanée, l'avait beaucoup intéressé.

On raconte aussi des histoires de peintres doués d'un pouvoir de représentation visuelle, hallucinatoire, telle qu'ils peuvent à volonté se figurer avoir devant les yeux leurs modèles.

Tout cela est intéressant, mais n'a qu'une faible valeur pathologique et sémiologique; cela a lieu surtout chez des névropathes, tout comme les suivantes.

Hallucinations visuelles hypnagogiques. — De même qu'il y a des hallucinations auditives dans le demi-sommeil, de même il y en a de visuelles. Des têtes grimaçantes, des tableaux bizarres, des étincelles, des flammes, des dessins, parfois réguliers, avec couleurs, pouvant être animés de mouvements, sont vus au moment de s'endormir ou quelquefois au réveil avec une netteté et une intensité extrêmes.

Valeur sémiologique. — Lorsqu'elle est multiple, l'hallucination peut faire partie du syndrome délire de rêve (voyez plus loin),

si caractéristique des délires toxiques, infectieux, etc., comme nous l'avons dit. Représentant des animaux, elle doit avant tout faire rechercher l'alcoolisme; mystique, elle peut se rencontrer chez l'épileptique ou avec les caractères spéciaux décrits chez le fou mystique proprement dit. On peut la rencontrer aussi dans une forme tout récemment étudiée sous le nom d'«hallucinose» (voyez aux types d'attente). Ce sont là les seuls cas où elle ait une importance sémiologique très marquée.

Elle agit sur les émotions, les sentiments, les actes. Elle est en relation étroite par son contenu et son rôle avec le délire dont elle n'est dans bien des cas (voyez plus loin) que la forme sensorielle.

Causes adjuvantes. — L'étude des grands mystiques qui ont laissé un nom dans l'histoire religieuse montre que souvent les hallucinations visuelles ont été préparées par des périodes de jeûne, de macération ou d'insomnie. La préoccupation constante d'essayer de se représenter matériellement les personnages religieux ou divins, suivant les procédés d'Ignace de Loyola, n'est probablement pas non plus étrangère à la production de ces visions.

Valeur pronostique. — Elle dépend du contenu, car celui-ci peut aider à faire le diagnostic. Mais l'hallucination visuelle n'a pas la signification aussi grave que l'hallucination auditive de persécution, quoique pourtant elle puisse indiquer une folie mystique chronique.

Hallucinations ou illusions du goût.

Lebl..., est obligé d'avaler de la soude et certains jours les aliments ont par ce fait un goût âpre. Ce sont ses ennemis qui lui empoisonnent ses aliments. D'autres fois, c'est le vin, l'eau qui ont un goût particulier, etc.

Je n'ai pas besoin de m'appesantir beaucoup sur ce point. Suivant les malades, c'est le soufre, le phosphore, la soude, la potasse, etc., qui constituent le poison choisi, reconnaissable à une saveur spéciale. Cela amène des réactions particulières. Ainsi Lebl... ne mange jamais son pain sans l'avoir lavé à la fontaine. D'autres, qui sont en liberté, font eux-mêmes leur marché, leur cuisine, ne mangent que des mets spéciaux, etc. Cela peut être le point de départ d'une plainte pour empoisonnement auprès des autorités, etc.

Hallucinations ou illusions de l'odorat.

Elles sont souvent étroitement liées aux précédentes.

Mme Gil..., reçoit des émanations désagréables que dirigent sur elle des appareils spéciaux, des cuves placées dans l'appartement du dessous.

Les malades sentent des odeurs de cabinet, de brûlé, de soufre, de pourri, etc. Rarement l'odeur est agréable. — Quelquefois, le malade s'imagine que c'est lui-même qui exhale une mauvaise odeur, etc.

Ces hallucinations du goût et de l'odorat peuvent se présenter aussi dans les délires toxiques, infectieux, etc., dans la mélancolie parfois. Elles n'ont d'importance sémiologique vraie que dans les folies systématisées, surtout de persécution. Elles peuvent avoir des *conséquences pratiques importantes* : refus de nourriture, plaintes aux autorités, violences, etc.

Hallucinations du tact, du sens thermique, du sens de la douleur. Hallucinations de la sensibilité dite interne.

Mme Gil..., de temps en temps, éprouve une constriction à la tête, douloureuse, et prédite par ses ennemis. — Fay..., a dans les jambes des douleurs que ses persécuteurs lui envoient. — Rob.... sur qui on tirait à boulet, a senti le vent du boulet. — Lem..., sentait le diable lui enfoncer un fer rouge dans le cœur. D'autres fois, Satan, sous la forme d'un énorme serpent, s'enroulait autour de son corps et le serrait à lui faire craquer les os, pendant que l'orchestre des démons jouait des airs infernaux.

On voit qu'il est impossible, pratiquement, de séparer les hallucinations des sens qui siègent dans la peau de celles de la sensibilité interne (dite cœnesthésie) qui comprend aussi le *sens dit musculaire* (sur la nature duquel on n'est pas bien fixé). Les hallucinations ou illusions, bien connues, des amputés, viennent appuyer cette opinion.

Mais ces hallucinations de la sensibilité générale ont une grande importance; elles sont en relation des plus étroites avec le délire, qui est ordinairement partie constituante d'une folie de persécution systématique ou hypocondriaque, et ces hallucinations représentent les sévices subis ou les altérations prétendues du corps (voyez aux Idées délirantes). Elles peuvent aussi se ren-

contrer dans les délires de rêve toxiques, infectieux, etc. Un cas particulier est celui du cocaïnisme où le patient sent et voit dans sa peau des petites bêtes qui y sont logées. Dans le morphinisme, il y a parfois quelque chose d'analogue. Dans le cas suivant il y avait probablement les deux intoxications et le malade, en état d'abstinence, ébauchait un délire de rêve.

A la dernière garde que je montai à la Salpêtrière, comme interne, je fus réveillé dans ma chambre par un individu tout poussiéreux, maigre, hâve, les yeux brillants, amené par l'infirmier, et qui me déclara être le docteur V..., ancien interne des hôpitaux. Il me supplia comme ancien collègue de lui faire une piqûre de morphine; il avait perdu sa seringue et ne pouvait plus attendre. Pendant le temps qui se passa avant que j'aie pu la lui faire, il se tint sur une chaise, l'air anxieux, égaré, et de temps en temps il retirait de sa bouche un fil (inexistant), qui le gênait, disait-il et le brûlait à la flamme de la bougie. La piqûre faite, remonté, il disparut. J'appris plusieurs mois après qu'il était mort de cachexie morphinique.

On peut se poser une question : dans le cas de douleur alléguée, y a-t-il vraiment douleur? Si j'en crois les examens de nombreux persécutés chez qui j'ai essayé de rechercher cette douleur, il me semble que celle-ci n'est pas aiguë, intense, amenant vraiment des réactions comme dans la douleur vraie. Je n'ai jamais vu qu'une femme, et encore c'était une démente précoce, qui un jour pendant que je l'examinais, a tressauté à plusieurs reprises en s'écriant à chaque fois : Aïe ! et qui m'assura qu'on venait de la piquer violemment. Il semble que ces « hallucinations » soient bien plus près des « idées » hypocondriaques auxquelles elles mènent dans un certain nombre de cas que des hallucinations proprement dites. Elles ont des rapports étroits avec les « topoalgies » et les « coenestopathies ».

Hallucinations dans les organes génitaux.

Habituellement on emploie l'expression hallucinations génitales. On confond sous ce nom, deux choses.

Jo..., (voyez observation complète) se plaint que ses ennemis, qui lui soutirent du sang par l'anus, lui soutirent aussi le sperme par les mêmes procédés électriques. Ce sperme sort quelquefois par le méat urinaire, d'autres fois, lorsque J..., a bien bouché le méat avec son doigt, le liquide sort néanmoins à travers la peau de la verge. Il sent que cela le mouille. Mais cela ne lui cause aucun plaisir, au contraire. Il est formel sur ce point. Il n'y a comme on s'en est assuré, aucune perte séminale. D'autre part, ces mêmes

ennemis, pour l'affaiblir, lui procurent des visions érotiques ; il voit des femmes nues, provoquantes. Dans ce cas, il a des éjaculations voluptueuses.

Dans le premier cas, il y a hallucination du tact dans les organes génitaux, sans excitation génitale. Dans le deuxième, il n'y pas hallucination génitale, mais excitation et éjaculation réelle. Il peut y avoir mélange des deux. — Chez les femmes, on peut observer les phénomènes correspondants. Cela n'est bien développé que chez les persécutés chroniques, et au total cela n'a pas grande importance. Pourtant, *pratiquement*, ces hallucinations en ont une; quand, par exemple, elles sont le point de départ, surtout chez la femme, de plaintes pour tentatives de viol.

Hallucinations dites psychiques, psycho-motrices, pseudo-hallucinations.

A côté des hallucinations auditives proprement dites, il y a encore d'autres phénomènes qui s'en rapprochent, mais dont il faut les distinguer. En voici un exemple chez le malade Bia... :

D. — Que vous fait-on ?

R. — On agit sur moi par des voix.

D. — Sont-ce des hommes ou des femmes ?

R. — Je ne sais pas, on me fait croire par la pensée que c'est tantôt des hommes ou des femmes.

D. — Mais vous n'entendez pas les voix ?

R. — Parfois (hallucinations de l'ouïe vraies); d'autres fois c'est dans l'intérieur de la tête qu'on entend causer, à tel point que je me demande si ce n'est pas moi qui me parle. C'est comme si on se parlait soi-même, c'est une espèce de son. Mes lèvres ne remuent pas. C'est le spiritisme et la télégraphie sans fil.

D. — Est-ce qu'on vous fait parler intérieurement par les courants ?

R. — Parfaitement ; mentalement j'entends continuellement.

D. — Mais, quelquefois, ce n'est pas mentalement que vous entendez? Est-ce que vous entendez les personnes comme je vous parle là ?

R. — Non.

On voit donc que Bia... (malgré sa dernière réponse) distingue deux sortes de phénomènes : tantôt il entend des voix du dehors (rarement), tantôt il entend mentalement. « C'est, dit-il, comme si on se parlait soi-même, mais mes lèvres ne remuent pas. » Bien que je ne veuille pas faire de théorie, je trouve cette expression trop frappante pour ne pas dire qu'il s'agit là d'un fonctionnement de l'appareil du langage intérieur où intervient le côté

moteur, plus ou moins suivant les individus. Séglas a appelé ces hallucinations *psycho-motrices*, car dans les cas qu'il a observés, la langue du patient remuait au moment du phénomène. Mais il bien a vu que ces hallucinations dites psycho-motrices ne sont pas toutes les hallucinations psychiques. Ainsi, lorsque, ce qui arrive à tout le monde, on est poursuivi. comme on dit, par un air de musique, on entend l'air avec toutes les nuances, parfois le timbre des instruments, etc., c'est bien sensoriel, mais sans extériorisation (*pseudo-hallucination de Kandinsky*).Quelque chose de semblable se passe chez les malades. Etudier les nuances de ces hallucinations (1) serait faire de la psychologie fine et dépasserait le but de ce livre.

On voit, d'après l'observation de Bia..., comment on doit procéder pour le diagnostic différentiel entre les hallucinations vraies et les hallucinations psychiques : il faut faire préciser le malade autant qu'il en est capable. C'est d'ailleurs une règle dans toute recherche de symptômes psychiques.

Souvent, chez les mystiques, c'est ce genre de phénomènes, les hallucinations psychiques, qu'ils caractérisent en disant : « la vision m'a fait comprendre mentalement, par l'esprit, par inspiration, d'âme à âme, » etc. D'autres aliénés prétendent que la « voix » part du creux de l'estomac ou d'une partie quelconque du corps.

Ces pseudo-hallucinations et hallucinations plus ou moins complètes, à localisation interne, ont des rapports étroits avec l' « écho de la pensée » et avec les idées de persécution et mystiques. Mais elles indiquent une nuance, la pénétration de la persécution jusque sur la pensée, la « prise de la pensée » et chez certains la présence à *l'intérieur* de la pensée, comme la possession (voyez aux Idées délirantes.) Aussi, quand elles sont bien développées, indiquent-elles plutôt une tendance fâcheuse à la chronicité. Elles se transforment aussi souvent en un autre symptôme voisin l'impulsion verbale (voyez cet article. Elles sont aussi très voisines de certaines idées délirantes dites *autochtones* (voyez plus loin).

Rapport des hallucinations entre elles et avec le délire. — Les hallucinations peuvent-elles se compléter mutuellement? Jusqu'à un certain point, oui; j'en ai donné des exemples : telle voix

(1) I. Séglas, Sur les phénomènes dits hallucinations psychiques. *C. R. du Congrès intern. de Psychologie de 1900.*

annonce un sévice et au même moment le malade se sent frappé, électrisé, etc. Une vision apparaît, et le malade entend la voix (rarement) ou plus souvent reçoit une inspiration, etc., etc. J'ai insisté sur les étroites relations des hallucinations et des idées délirantes. Je vais, à propos de ces dernières, revenir encore sur ce point en montrant que certains délires paraissent surtout reposer sur les hallucinations, d'autres ne pas en comporter, d'autres, intermédiaires, s'appuyer sur elles de temps en temps. Si bien que l'hallucination faisant partie du délire quand celui-ci en comporte, on peut la considérer comme une idée délirante objectivée. Je n'irai pas plus loin dans cette étude purement psychologique. Elle comporterait de nombreux détails qui trouveraient leur place logique à propos de chaque idée délirante en particulier, mais que je ne donnerai pas, puisque ce serait sortir du cadre de cet ouvrage.

CHAPITRE XI

LES IDÉES DÉLIRANTES

Sommaire. — *Idées de persécution.* — Exemple chez une alcoolique. Définition de l'idée de persécution. Idée de persécution hallucinatoire. Exemple chez un confus, chez un épileptique ; il en est de même dans les délires fébriles ou infectieux ; l'idée de persécution fait partie du délire de rêve. Interprétation délirante chez l'épileptique cité. Idée plus abstraite de persécution. Relations étroites avec les émotions ; les idées sont isolées et enfantines, absurdes, etc., chez un P. G., un alcoolique chronique. Dans la démence sénile elles paraissent isolées, liées à la perte de mémoire ou à l'erreur de reconnaissance ; chez une folle paranoïde elles sont absurdes, peu cohérentes, discordantes. Chez un persécuté très débile elles sont d'une niaiserie enfantine remarquable. Exemple chez un persécuté d'une interprétation délirante de persécution typique et d'une idée de persécution ne paraissant pas avoir une origine sensorielle.

Idées systématisées de persécution. — *Délire de persécution.* — Exemple chez un vieux persécuté qui a systématisé de plus en plus ses idées délirantes. Roman pathologique *se tenant*, composé d'hallucinations multiples, d'idées délirantes de persécution actuelle et rétrospective, prise de la pensée, etc. Relations sentimentales, émotives et motrices multiples. Désignation des persécuteurs, mots fabriqués, etc., etc. Relation avec les idées de défense et de grandeur. Rapport du délire avec le caractère antérieur du malade ; le délire paraît être le symbole du sentiment intime du malade.

Délire d'interprétation pure sans hallucinations.

Idée d'expiation. — Variété d'idée de persécution. Exemple dans la mélancolie Existe aussi dans la folie d'auto-accusation.

Diagnostic et valeur sémiologique. — Avec les idées hypocondriaques. Faire bien préciser l'idée de persécution ou le délire systématisé dans tous ses détails, surtout dans la folie de persécution. Faire attention aux mots fabriqués, à la mimique. Réticences. Phrases typiques. Valeur sémiologique. Importance pratique : violences, meurtre, suicide. Idée d'expiation spéciale à la mélancolie et aux types où il y a idées d'auto-accusation.

Idées de persécution dites actives. — Ce sont des actes plutôt que des idées.

Idées de jalousie. — C'est une variété d'idées de persécution fréquente chez les alcooliques et chez les déséquilibrés et hystériques.

Idées de défense. — C'est le contrepied de la persécution. Exemple. Importance diagnostique pour révéler les idées de persécution constamment associées.

Idées de défense actives : actes de défense, de protection. — Exemple de malades qui se cuirassent, se garnissent, etc., pour se garantir des persécutions.

Procédés superstitieux. Utilité de constater ces actes pour le diagnostic.

Idées de grandeur, de richesse, de capacité. — Leur peu d'importance dans les délires toxiques, infectieux, d'épuisement, épileptique. Exemples dans la P. G. Leurs caractères spéciaux. Symbole de l'émotion sous-jacente, espèce de mimique verbale. Exemples chez un vieil alcoolique, chez un circulaire, chez un persécuté,

chez un persécuté qui porte un nom d'emprunt, symbole de grandeur, chez un persécuté systématique avec grand développement et systématisation de l'idée de grandeur assez spéciale, chez un fou aigu, chez un malade atteint de folie des grandeurs, enfin dans la folie paranoïde.

Remarque sur les différentes nuances de l'idée de grandeur, leur rapport avec le sentiment ou l'émotion sous-jacente chez le persécuté et le P. G.

Valeur sémiologique. — Suivant la formule de l'idée même. Indique souvent la chronicité ou l'incurabilité.

Idées de déchéance (Auto-accusation, etc.). — Peu d'importance dans les délires infectieux, toxiques, etc., dans les démences, dans la P. G. où elle peut donner naissance à une forme particulière, dans la démence sénile où elle peut avoir aussi une allure particulière ; un exemple. Dans la débilité mentale. Peut se présenter dans l'hystérie ou le déséquilibre mental avec le mensonge ; peut s'accompagner alors d'accusation. Un exemple typique. Importance médico-légale. Très développée dans la mélancolie et typique : exemple détaillé. Caractères généraux de cette idée d'amoindrissement avec toutes ses nuances ; tendance ; « centrifuge » ; idées de persécution méritée et d'expiation (future). Culpabilité dans le passé et le présent ; imprécision de l'idée dans la mélancolie. Relations avec l'émotion triste, exemple chez une mélancolique ; l'idée d'amoindrissement est secondaire, elle est symbolique, explicative. Mêmes caractères dans la folie intermittente et circulaire.

L'idée d'auto-accusation dans la folie systématisée d'auto-accusation. Elle est précise et circonstanciée, certaine. Attitude différente de l'auto-accusateur et du mélancolique vis-à-vis de l'idée d'auto-accusation. Un exemple de folie systématisée se transformant en persécution, qui indique bien les rapports étroits du sentiment intime de l'auto-accusateur et du persécuté. Rapports avec d'autres idées, mystiques ou érotiques. L'auto-accusation obsédante : un exemple.

L'auto-accusation est en rapport étroit avec la tendance au suicide.

Diagnostic. — Avec l'idée de persécution. Soupçonner l'auto-accusation sous la tristesse, le mutisme ou la réticence, lors d'une tentative de suicide.

Valeur sémiologique. — Importance à cause de la mélancolie. Rechercher les caractères propres à chaque type. Ne jamais employer l'expression fautive d'idée mélancolique.

Idées hypocondriaques. — Episodiques dans les délires toxiques, infectieux, d'épuisement. Très fréquentes dans le délire épileptique et journellement chez les épileptiques.

Exemples de *préoccupations hypocondriaques* chez un débile, d'idée vraie hypocondriaque chez un autre. Idée hypocondriaque chez un P. G., forme particulière ; « micromanie ». Peu d'importance dans les démences alcoolique, artério-scléreuse, sénile.

Exemple dans la mélancolie où elles peuvent fournir une forme spéciale (mélancolie hypocondriaque). Rapports avec la négation, avec les idées d'amoindrissement. Même origine probable (symbole de l'émotion triste). Dans les folies intermittente et circulaire.

Exemple dans la folie hypocondriaque pure. Origine de ces idées.

Relations avec les idées de persécution et de grandeur dans les folies systématiques.

Les idées hypocondriaques dans la folie raisonnante ou raisonneuse. Danger que présente le malade.

Idée hypocondriaque obsédante. Un exemple médical.

Dans la folie discordante paranoïde.

Diagnostic. — Degrés de l'idée hypocondriaque. Différence avec l'idée de persécution. Combinaison et hybride des deux. Dans la neurasthénie il n'y a pas d'idées hypocondriaques ; le malade souffre réellement.

Valeur séméiologique. — Surtout la P. G., la mélancolie, la folie hypocondriaque.

Idées de grossesse. — Surtout chez des hystériques, des persécutées, exceptionnellement chez des hommes (un exemple).

Idées de négation. — Se présentent épisodiquement dans les délires toxiques, infectieux surtout, épileptiques. Exemple chez des P. G. : chez l'un délire presque systématisé. Dans la démence alcoolique et sénile. Exemple dans la mélancolie. Rapport avec les idées hypocondriaques dont elles ne sont que l'exagération.

Délire secondaire de négation après la mélancolie. Dans la folie systématique hypocondriaque. Dans la folie paranoïde et l'hébéphrénie.

Remarque. — Les rechercher toujours quand on constate des idées hypocondriaques. Leur importance pratique possible : refus de nourriture, mutisme, suicide.

Valeur séméiologique. — Avec délire de rêve, infection probable. Penser à la P. G., à la mélancolie surtout. Dans cette dernière, craindre la chronicité et même la démence. Relations avec le syndrome de Cotard.

Idées d'énormité. — Idées de grandeur horrible.

Idées d'exagération. — Idées de grandeur hypocondriaque.

Idées mystiques ou religieuses. — Exemple dans les délires infectieux, confus, alcoolique. Importance dans la folie épileptique. Dans la P. G. et la démence alcoolique. Importance dans la mélancolie ; exemple. Tendance à la possession.

Syndrome de Cotard.

Exemple des idées mystiques dans la folie mystique. Différentes formes de ces idées suivant qu'il s'agit de Dieu ou du diable, etc. Rapports avec les idées de persécution, de possession, de damnation. Relation avec les hallucinations visuelles. Dans la folie raisonneuse, l'hystérie, les obsessions. Diagnostic facile.

Valeur séméiologique. — Dans un délire de rêve, soupçonner l'épilepsie. Dans la mélancolie, craindre la chronicité. Epidémies de mysticisme dans certains pays.

Idées érotiques. — Peu d'importance dans les délires toxiques, infectieux, confus. Pourtant confusion puerpérale souvent obscène. Dans l'alcoolisme aigu, l'ivresse, fréquentes ou plutôt tendances érotiques fréquentes. Exemple dans le délire épileptique. Dans la P. G., un exemple; dans la démence alcoolique et sénile. Chez les vieillards, hommes surtout. Masturbation chez les anxieux. Excitation sexuelle dans la manie. Dans la folie des persécutions fréquentes : exemples chez des femmes et des hommes. Rapports avec les hallucinations génitales, avec les hallucinations visuelles spéciales. Chez les auto-accusateurs et les jaloux. Fréquence d'une folie systématisée chez « la femme de quarante ans », où l'érotisme et la persécution se mêlent. Érotisme et idées mystiques : un exemple. Exemple d'amoureux raisonnant ou raisonneur. L'érotomane platonique. L'hystérique. Obsessions érotiques. Perversions sexuelles. Dans la folie discordante.

Diagnostic. — Facile.

Valeur séméiologique. — Faible. Importance pratique et médico-légale grande.

Idées de transformation. — « Délire métabolique ». Exemples d'idées de ce genre chez une vieille persécutée, chez une autre avec roman pathologique rétrospectif de grandeur. Rapports avec les idées de grandeur.

Autre forme : transformation corporelle plus ou moins complète. Rapports avec les idées de négation et hypocondriaques.

Idées de possession. — Très prés des idées de persécution, hypocondriaques, de transformation, mystiques. L'ennemi est dans l'intérieur du malade et le posséde. Même valeur que les idées mystiques, mais indiquant plutôt la chronicité dans la mélancolie (syndrome de Cotard). Prédominant dans une variété de folie de persécution.

Idées délirantes banales ou « délire d'imagination ». — Ce sont des débauches d'imagination, mais *sans* l'intérêt spécial que le malade porte aux idées dites délirantes à cause de leurs relations étroites avec le moi.

Considérations générales sur les idées délirantes et le délire. — L'*idée fixe* ou *l'idée prévalente* est une idée délirante très limitée; l'*idée autochtone* est une sorte d'hallucination psychique (Wernicke). L'ensemble des idées délirantes chez un malade s'appelle délire. Le délire peut être incohérent ou systématisé, d'une seule forme d'idée délirante ou polymorphe.

Incohérence du délire. — Grande importance pour le pronostic. Indique ordinairement l'incurabilité ou la débilité sous-jacente. Le polymorphisme n'a de mauvaise signification que s'il est en plus incohérent, à moins qu'il ne soit sur un terrain très débile ou accompagné d'excitation qui peut expliquer l'incohérence. Le délire de rêve, quoiqu'incohérent, n'a pas la même signification, puisqu'il apparaît avant tout dans les cas curables.

Discordance des signes du trouble mental. — Grande importance.

Systématisation du délire. Paranoïa primaire, paranoïa secondaire. — Signe d'intégrité sous-jacente intellectuelle suffisante. La systématisation consécutive à un trouble aigu, ordinairement la mélancolie, paranoïa secondaire, peut être une transition vers la démence. Elle est généralement beaucoup plus monotone et plus rapidement cristallisée, que la systématisation primaire.

Concordance des signes du trouble mental.

Origine du délire. — Le délire paraît n'être que le symbole de tendances ou d'émotions. Il est dit primitif quand le trouble émotif n'est pas intense, secondaire quand celui-ci est très marqué comme dans la mélancolie. Comparaison avec le rêve normal.

Rêve et délire. — Le rêve ne donne naissance au délire que quand lui-même est pathologique. Le délire de l'alcoolique est un rêve qui continue. La pseudo-réminiscence est souvent un rêve continué. Le délire à forme de rêve est très important.

Rêves des aliénés. — Peu important pratiquement. *Terreurs nocturnes des enfants.*

Délire et obsession. — Rarement transformation de l'obsession en délire.

Contagion. Folie communiquée. — Rare. Conditions spéciales. Épidémies mystiques. Le suicide est très contagieux.

Idées de persécution.

L'alcoolique subaigue Dol..., nous l'avons vu, prétendait que des hommes sortaient de terre pour la jeter par la fenêtre, ou la mettre en léthargie; un homme en bleu vient la chercher; des hommes lui font signe d'abord de se jeter à l'eau. Elle est effrayée et elle fuit.

D'autres alcooliques entendent des bruits, comme des coups de fusil tirés sur eux, ce qui les plonge dans la terreur et leur fait prendre la fuite ou donne lieu à des réactions violentes, homicide ou suicide. Ils complètent leurs hallucinations par un raisonnement surajouté, mais qui ne s'élève pas beaucoup au-dessus de cette hallucination.

On voit le caractère essentiel de l'idée de persécution; elle représente un préjudice causé au malade par quelqu'un, préjudice qui entraîne la croyance et attire l'attention, lié à une émotion appropriée et à des réactions variées. Mais ici ce préjudice est un fait imaginaire hallucinatoire visuel (surtout) ou auditif (il peut être

aussi un fait hallucinatoire gustatif ou de l'odorat), et l'idée de persécution ne se sépare guère de l'hallucination dont elle partage le sort, mobile, variable, incohérente, bref ayant le caractère du délire de rêve de l'alcoolique (voyez délire de rêve). Chez l'alcoolique il y a encore des idées de persécution plus indépendantes des hallucinations, parfois très semblables aux folies de persécution (Voyez l'art. Alcoolisme).

Loy..., confus, errant dans les rues de Paris, se croyait suivi par la police de sûreté, bien qu'il fût Jésus-Christ et qu'il se promenât pour faire équilibre au poids de la terre.

L'idée de persécution, ayant toujours le même caractère fondamental, est peut-être ici liée à une illusion comme les autres idées constituant le rêve où ce malade était plongé et qu'il nous a raconté en détail (voyez plus bas).

Il en est de même dans les délires fébriles ou infectieux (voyez plus bas.)

Lev... (voyez l'observation complète) est en état de délire épileptique, 5 jours après avoir reçu à la tête une balle de tennis lancée avec force. Très inquiet et pleurant, il raconte qu'on a tiré un coup de fusil sur les moineaux et que c'est lui qui l'a reçu. Ayant lu dans un journal, quelque temps après, un article sur le jour des morts, où on parlait des déplacements des corps dans les cimetières, il s'imagine qu'on va le tuer pour aller remplacer les morts dans les cimetières.

Ici, il a d'abord interprétation délirante d'un fait vrai. Un traumatisme inoffensif est interprété comme une tentative d'assassinat, autrement dit il attribue à une personne (un interne) l'intention de lui nuire, suivie d'acte nocif à son égard. Puis il y a dans le même sens d'autres interprétations complètement absurdes, tirées de la lecture d'un journal, et idées de persécution pour le futur. Ce qu'il y a de curieux dans ce cas, c'est que malgré le « flou » de ses idées, et leur caractère voisin des idées de rêve, l'idée de mort future a dominé la scène pathologique, pendant tout l'accès, avec peu de variantes et sans aucune explication donnée par le patient. Ici l'idée de persécution partie d'une interprétation délirante et représentant un fait passé (on a voulu me tuer) devient aussi une idée de futur (on va me tuer). Elle est liée à une émotion intense et à une réaction spéciale, les larmes et les mouvements d'agitation, que présente de temps en temps Lev..., résigné finalement à son sort.

Mais dans la folie épileptique, il peut y avoir aussi des hallu-

cinations représentant ou étayant les idées de persécution, comme chez Ama..., qui, dans certains de ses accès psychiques, apercevait des visions terrifiantes, ainsi qu'on pouvait s'en assurer par sa mimique très expressive et ses réactions motrices.

Quelle que soit la forme, suivant le type clinique, sous laquelle l'idée de persécution apparaisse, que cette idée soit représentée par une hallucination ou qu'elle semble en tirer son origine, qu'elle soit une interprétation ou une idée purement intellectuelle, quelles que soient les réactions qui y soient liées, elle est en relation étroite avec une émotion désagréable, crainte, inquiétude, terreur, qui en est l'origine comme dans le cauchemar. Peut-on invoquer cette genèse pour tous les Types et, par exemple, dans la démence précoce ? Il y aurait peut-être là matière à une discussion dans laquelle je n'entrerai pas. Cette comparaison avec le rêve ordinaire, plus ou moins terrifiant, est importante à souligner (voyez plus loin à Délire de rêve.)

Dans la paralysie générale, les idées de persécution revêtent *le plus souvent* un caractère spécial d'incohérence, d'absurdité, parfois mélangées de grandeur, qui aide à reconnaître l'affection. Je n'ai pas besoin de m'y étendre, un seul petit exemple suffira.

Le... est amené par sa femme pour consulter. Depuis quelque temps il perd la mémoire et dort mal. Il accuse sa femme d'avoir mis quelque chose dans son vin pour l'empoisonner. Il ne s'explique pas pourquoi et il accepte sans broncher les explications que donne sa femme sur son état. Il a des accrocs très nets de la parole.

L'idée délirante est ici puérile, soudaine, absurde. Elle peut être variable, mais elle a toujours le cachet de la démence. Quelquefois pourtant la persécution parait assez systématisée. On en verra un bel exemple à propos des formes du délire dans la paralysie générale.

Lep..., alcoolique chronique, prétend que sa femme le trompe. Il donne à ce sujet des explications absolument enfantines.

Voici maintenant un dément sénile qui se plaint de son entourage ; on l'a volé ; cela tient à ce qu'il a oublié l'endroit où il a caché son argent, et ne le trouvant plus, il accuse autrui :

Quand j'étais l'interne de Luys à la Salpêtrière, j'ai assisté à bien des scènes entre des démentes séniles qui s'accusaient réciproquement de vol, quand elles avaient simplement oublié où elles avaient caché leur porte-monnaie, etc.

Dans la démence sénile, l'idée de persécution est surtout, comme dans ces exemples, liée à une perte de mémoire ou à une erreur de reconnaissance, plus rarement à un trouble émotionnel.

Mme L..., démente précoce paranoïde, prétend qu'elle a été empoisonnée ; la preuve est qu'elle a les mains bleues (ce qui est faux) ; Mme Z..., a des relations avec son mari, des personnes qu'elle nomme lui ont volé ses milliards, son administrateur judiciaire est un assassin, etc. Un jour, devant moi, elle ressent des piqûres par tout le corps ; elle dit qu'on veut la faire mourir, etc., etc. Tout cela sans ordre, sans suite, entremêlé d'idées tout à fait opposées. L'émotion est peu intense, sauf au début de l'affection où elle fait des scènes à son tuteur légal, et d'ailleurs très variable.

Ici, les idées de persécution sont tantôt appuyées d'hallucinations, tantôt pas, elles paraissent souvent avoir pris naissance dans des rêves nocturnes ; elles sont variables, absurdes, incohérentes, contradictoires, bref, revêtent les caractères généraux du délire dans cette forme. Mais l'idée de vol est une tentative d'explication partielle. Et il y a *discordance* entre la persécution et l'émotion.

Dans ces exemples, comme on le voit, les idées de persécution diverses paraissent avoir peu de rapports entre elles.

Bor..., épicier, déjà cité, est un débile dont la crédulité excessive a provoqué de nombreuses moqueries de la part de ses camarades de travail, et qui ont été mal interprétées. C'est ainsi que son chef, dans le magasin d'épicerie où il était employé, lui dit un jour de ne pas avaler la lavette dont il se sert pour nettoyer, de peur que les cheveux ne lui en restent dans la gorge. Il s'est demandé longtemps ce que cela voulait dire et a soupçonné que son chef lui en voulait. Mais des idées vraies de persécution se sont installées, d'un caractère peu développé, et n'entraînant pas toujours une croyance absolue de la part du malade. Il a entendu des voix qui le traitaient de salaud (hallucination de l'ouïe). Le représentant de sa maison aurait dit à son patron lorsque B... passait près de lui : « C'est inconcevable », à plusieurs reprises. Il croyait aussi que ses camarades se moquaient de lui au sujet de ses rapports avec sa femme.

Ces idées de persécutions, hallucinatoires, interprétatives, ne sont pas très reliées entre elles et restent encore sans tentative d'explication. Elles sont très élémentaires et comme enfantines.

Dur..., persécuté, a rencontré un monsieur qui fumait. Il demande du feu à celui-ci. L'autre lui en donne, mais en lui laissant entendre par sa manière que Dur..., sentait mauvais. Voilà une interprétation délirante très nette de persécution qui entraînait chez le malade une conviction inébranlable, mais

dont il ne donnait aucune explication. La maîtresse de D..., l'a empoisonné un jour au café et depuis il a la moelle épinière détruite, et pourtant il n'a rien senti d'anormal dans la boisson prise au café avec cette femme et il n'a jamais éprouvé de douleurs dans la colonne vertébrale (du moins, il m'a été impossible de le lui faire dire.)

Ce sont là des idées de persécution, empoisonnement, moelle détruite, qui ne se relient guère avec celles suscitées par le monsieur qui fumait. Chez ce malade, ces idées — idées, semblant ne pas avoir d'origine sensorielle, et interprétations délirantes — sont pourtant très précises et accompagnées d'une croyance absolue; elles présentent déjà une certaine complexité et elles constituent déjà un délire de persécution, en comparaison des idées de Bor..., c'est-à-dire un ensemble dont nous allons voir plus loin des exemples où les caractères spéciaux seront plus apparents et plus développés.

J'insisterai auparavant sur cette *interprétation délirante* qu'il faut savoir bien distinguer de l'illusion et de l'hallucination. Le malade dans ces deux dernières, fabrique complètement ou incomplètement le fait qu'il croit entendre (ou voir, etc.), tandis que dans l'interprétation il y a un fait vrai auquel le malade n'ajoute rien de sensoriel; il y ajoute seulement une *signification* particulière. Pour en être sûr, le médecin doit, comme toujours, faire préciser le malade, lui demander si on lui a dit quelque chose ou si on lui a parlé directement à la pensée ou enfin si on lui a fait comprendre rien que par les gestes, ou s'il a compris en réfléchissant la signification de la chose ou de l'acte. Dans quelques cas, le délire de persécution se compose presque exclusivement d'interprétation. C'est ce qu'on appelle le délire d'interprétations (voyez plus bas p. 146.)

Idées systématisées de persécution, délire de persécution. — Fay..., persécuté, entend toutes les nuits des voix qui lui disent : « Fais ceci, fais cela. » On lui tape sur les tempes, on lui regarde dans la cervelle, on lui envoie des douleurs dans les jambes et les doigts de pied. Le médecin, mon prédécesseur dans le service, lui avait arraché les dents et moi j'ai déplacé son sang. Ses ennemis sont englobés par lui sous les noms de « la prêtraille », les « pouffiards », les « bâtards de Belgique », « de sales individus du repaire de Tennissac qui n'ont pas de nom. » Quand il est très excité, il étend à tout le monde ses soupçons, ou plutôt ses certitudes, et invective le médecin, les internes, etc., qu'il accuse de lui dire des injures par les voix. Il se rappelle qu'à quatorze ans on avait essayé déjà de lui déformer la tête, sur le modèle de celle d'un de ses parents qui l'avait allongée en arrière, et ce, sous l'in-

fluence des prêtres, de l'évêque d'Albi, sur lequel on lui a raconté de bonnes histoires.

Voilà donc ici des idées de persécution très nombreuses, très étendues, qui semblent former un ensemble, un système, ce qu'on peut appeler un délire systématisé ou systématique. Les persécuteurs ont un nom et sont sous l'influence d'une collectivité, les prêtres, « la prêtraille », mais presque tout le monde, représenté par *on*, peut prendre part à la persécution. Les faits de persécution remontent à l'enfance par un travail d'imagination rétrospectif de la même catégorie que ceux décrits sous le nom de faux souvenirs (p. 92); ils constituent des sévices (déformation de la tête); d'autres faits plus récents sont représentés par des hallucinations de l'ouïe, de la sensibilité générale (injures, ordres, douleurs variées); mais jusqu'à présent il n'y a pas d'explication à tout cet ensemble de persécutions. Certaines « voix » sont aussi en sa faveur et lui donnent des conseils sur sa santé (ce sont des idées de défense, voyez plus bas).

Vig..., est un persécuté qui peu à peu a agrandi et perfectionné sous nos yeux le roman de ses persécutions. Au début, il avait été en butte aux tracasseries de son chef dans une administration publique où il était employé, et ce à l'occasion d'un projet de mariage (probablement au-dessus de la situation de V.); ce chef le fait hypnotiser et magnétiser par des employés qui la nuit font marcher des appareils qu'on entend ronfler dans la chambre à côté. On essaie ainsi de le rendre fou pour se débarrasser de lui et on le fait interner. Ces employés magnétiseurs sont en relation, il le découvre peu à peu, avec une bande de Francs-comtois qui déjà, à Ch...., avaient magnétisé son père (délire rétrospectif) et mis la commune au pillage. Ils sont soudoyés par les médecins qui ont installé une clinique d'hypnotisme qui sert à rendre les gens fous. Ainsi à Bicêtre, dans le service, ce ne sont pas des gens fous, mais des hypnotisés qui sont là illégalement. L'un deux, à qui on a fait faire le fou, a tenté de l'assassiner sous l'influence de ses ennemis. Les détails de ce roman pathologique se compliquent de plus en plus. On lui envoie incessamment des communications par l'hypnotisme et c'est ainsi qu'il a appris tout le complot. Mais comme il est assez réticent, bien que très réclamateur, il est difficile de faire préciser les hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale qui font partie du système. Il est ainsi en butte aux Jésuites et aux Francs-comtois, parce qu'il en sait trop long sur ce qui se passe dans son administration et à cause de ses opinions politiques, et il nomme le chef de ses persécuteurs, un M. B..., qui habite Ch... et qui correspond avec lui par la poste hypnotique. Déjà, il y a trente ans, en 1879, son père et lui ont été atteints par un fluide d'un appareil manié par un individu qui était soudoyé par M. B... Maintenant on lui envoie des pensées stupides (prise de la pensée) : les rêves sont le produit de la suggestion; on fait voir, entendre, sentir par l'odorat (proba-

blement aussi par le goût) tout ce qu'on veut au moyen de l'hypnotisme magnétique, et la nuit on l'excite en lui lançant des visions de femmes nues. Il est souvent très menaçant et il promet, une fois sorti, de se plaindre : l'affaire fera grand bruit. Il assaille toutes les autorités de lettres innombrables, de réclamations, de plaintes, et de dénonciations contre M. B... et ses ennemis.

Voilà bien un délire de persécution systématisé complet. Les persécuteurs sont désignés nominativement et ne sont pas des personnages imaginaires, du moins M. B... ; ils opèrent par des appareils, cachés en certains endroits dûment désignés. Ce véritable roman est accompagné d'une conviction absolue et absorbe toute l'attention du malade. Il a provoqué des réactions émotionnelles et motrices violentes (plaintes à la police, colères, injures, etc.), et pourrait amener à des actes plus dangereux. Nous sommes loin ici, comme on le voit, des idées de persécutions élémentaires et fragmentaires des premiers malades cités. Nous avons bien ici affaire à un fou atteint de folie des persécutions systématisée ou systématique, rangée autrefois dans les monomanies ou folies partielles, parce qu'effectivement, excepté sur le terrain des persécutions, l'intelligence ne paraît pas lésée. Il semble bien ici que le délire *représente* l'exagération pathologique d'une tendance d'esprit antérieure, sans intermédiaire émotif, c'est pour cela que l'on qualifie ces idées délirantes de primitives. Elles sont souvent en relation avec d'autres idées, défense et grandeur, comme on le verra plus loin. Mais, en somme, le fond du délire est supporté par le caractère spécial du malade qui rapporte tout à soi, c'est-à-dire par ses sentiments les plus intimes, les plus profonds, dont le délire paraît être le symbole.

Délire d'interprétations. — A côté de ce délire de persécution avec hallucinations, il y en a d'autres qui consistent en interprétations exclusivement où à peu près.

Ainsi Em..., que j'ai cité (p. 115) à propos des erreurs de jugement, interprète constamment ce qu'il entend. Une personne passe près de lui en disant à une autre : « Tant qu'il n'aura pas écrit, il n'aura pas de place » ; ça s'applique à lui. Il a eu un rhumatisme au pied, c'est qu'il a été empoisonné, etc.

Dans quelques cas, l'interprétation est très limitée et réduite à une ou deux idées délirantes, « *idées fixes* », comme on les appelle parfois. On en verra des exemples aux Types cliniques.

Idées d'expiation. — Le mélancolique Cal..., déjà cité tant de fois, prétend qu'on veut lui faire subir des choses fort désagréables, qu'on va le montrer dans les rues comme une bête curieuse. Ici, l'idée de persécution représente le futur; elle est liée à l'anxiété, très analogue à celle de l'épileptique Lev... qui croyait qu'on allait le tuer. Mais chez ce dernier, il semble qu'il y ait eu un fait vrai, interprêté comme tentative d'assassinat, comme point de départ de cette idée de persécution future, liée d'ailleurs aussi à l'inquiétude. Cal..., lui, donne une explication; cela va être un châtiment pour une faute passée dont il s'accuse: il aurait volé une bouteille de vin.

La combinaison de l'idée de persécution avec celle de mériter cette persécution, due à l'idée d'auto-accusation, doit être nommée idée d'expiation, parce qu'elle a un cachet spécial. Elle se trouve avec ces caractères d'attente dans la mélancolie, mais aussi, il ne faut pas l'oublier, dans les types où se présentent aussi des idées d'auto-accusation, surtout de la folie d'auto-accusation (voyez plus bas). Elle est vague et fait contraste avec les « faits » de persécution que nous avons vus.

Diagnostic et valeur sémiologique. — L'idée de persécution étant celle d'un préjudice causé, d'une atteinte portée à l'honneur, à la réputation, à la propriété, au corps ou à l'esprit du malade, le plus souvent passée ou actuelle, plus rarement future, il est impossible de la confondre avec les autres idées délirantes, même les idées hypocondriaques. Ainsi l'idée de moelle détruite de Dur... est bien l'idée de persécution et non hypocondriaque, parce qu'il y a là une *atteinte voulue portée par autrui* à son intégrité corporelle et non une simple maladie (voyez idées hypocondriaques). D'ailleurs, le fou persécuté ne se dit pas malade ordinairement et supporte *en général* vaillamment les coups, blessures, destructions d'organes que lui infligent ses ennemis (bien qu'il y ait des passages à l'hypocondrie). Il faut reconnaître soigneusement la variété que nous avons signalée à part, l'*idée d'expiation*, à cause de son importance dans la mélancolie, bien qu'elle se rencontre aussi, je le répète encore, dans le délire d'auto-accusation. Mais il faut surtout bien faire préciser, par le malade, tous les caractères de ses idées de persécution, à cause de leur importance au point de vue sémiologique, car ce n'est que comme cela que l'on arrivera dans les cas épineux à reconnaître réellement le type clinique auquel on a à faire.

Elles peuvent se rencontrer à peu près dans tous les types où elles peuvent avoir leur importance pratique à cause des réactions du malade: *violences*, *accusations*, *revendications*, *plaintes aux*

autorités, meurtre ou suicide. Prédominantes, systématiques, et avec l'allure spéciale que nous venons de voir, elles constituent les anciennes « monomanies », les folies de persécution si fréquentes et si intéressantes à étudier. C'est dans celles-ci qu'étant au complet et bien développées, elles peuvent servir de types. On voit que par des questions précises, je le répète, on doit arriver à connaître le nombre des persécuteurs, leur nature, hommes ou femmes, leurs situations sociales, leur personnalité, individuelle ou collective (grande importance pour le danger que peut présenter le malade), leur lieu de séjour, etc., la nature des persécutions, les moyens de persécutions, le moment des persécutions, leur pourquoi, etc., etc. Bref, tous les détails du système, détails qui, suivant les types cliniques, seront plus ou moins nombreux et circonstanciés, plus ou moins cohérents, plus ou moins nets. Mais il faut se souvenir que le système peut être très cohérent ou très peu et qu'il y a tous les intermédiaires entre le délire le mieux systématisé et celui où les idées ne « collent » pas ensemble, si on veut me permettre cette expression. C'est dans l'appréciation de cette systématisation ou de cette non systématisation que l'on trouvera un des éléments de la valeur sémiologique de l'idée de persécution, les détails que j'ai donnés plus haut à propos de chaque type me dispensant de revenir sur les autres éléments de cette valeur sémiologique (Voyez aussi à discordance et incohérence du délire).

L'idée de persécution se révèle par le langage du malade comme toutes les idées. La forme même du langage peut être modifiée par l'emploi de *mots fabriqués*, « néologismes », en rapport avec les idées pathologiques, ce qui est très important pour le diagnostic (voyez p. 109).

Quand le malade ne veut pas révéler son délire, on dit qu'il *dissimule*, qu'il est *réticent;* alors on est obligé de chercher les signes mimiques et autres des hallucinations de l'ouïe, les gestes, refus de nourriture, attitudes spéciales, actes de défense qui peuvent servir d'indice, etc. (voyez la p. suiv.). Mais il arrive souvent que son langage est particulier, embarrassé, plein *d'allusions* voilées. D'autres fois le malade, refusant de répondre, allègue que : « Vous le savez mieux que moi, ce qui se passe ! », phrase tout à fait typique et révélatrice, car elle indique bien la tournure d'esprit fondamentale du malade, persuadé que tout le monde s'occupe de lui (egocentricité suivant l'expression de B. Ball.)

L'évolution de l'idée de persécution sera étudiée à propos de chaque type clinique où elle se rencontre.

Enfin, il y a des idées de persécution obsédantes, « conscientes », qui sont une particularité des obsessions.

Idées de persécution dites actives (*par opposition aux précédentes passives*). — Ce sont elles qui poussent les persécutés à se venger de leurs ennemis. Ce sont des *actes* commis sous l'empire de la haine, etc., bien plutôt que des idées (voyez aux Sentiments). Certains malades, au lieu de faire un délire complexe comme celui de Fay... et de Vig... font surtout des actes de persécution : ce sont surtout les persécutés persécuteurs dits raisonnants ou raisonneurs.

Idées de jalousie.

Cette variété d'idées de persécution s'observe surtout chez les alcooliques. En voici un exemple :

Sou..., déja cité (p. 99), est un vieil alcoolique chronique qui tombe dans la démence sous nos yeux. Il a voulu, nous dit-il, divorcer à cause de la moralité de sa femme ; mais celle-ci le fait enfermer pour garder ses 6.000 francs de rente. Cela lui est égal que sa femme le trompe, mais c'est pour la moralité des enfants. Ceux-ci lui ont dit : « Maman s'est fait toucher le derrière par M. F... et réciproquement dans le bois de Clamart. » Mais il n'a pas voulu approfondir la chose. Quand sa femme vient le voir, il lui reproche sa conduite, etc. (voyez l'observation complète).

On la rencontre aussi chez des individus soi-disant normaux qui poussent la jalousie naturelle sexuelle jusqu'à une intensité presque pathologique, et qui fabriquent presque des idées délirantes. Mais, en somme, les idées délirantes de jalousie bien développées s'observent avant tout chez les alcooliques chroniques, chez qui, presque toujours, il y a en même temps impuissance. Parfois, ces idées s'arrangent en un système assez coordonné. Elles se rencontrent enfin chez les déséquilibrés et aussi sous forme de folie systématisée (Voyez Obs. Lea... et obs. Vid...).

Idées de défense.

Scho..., déjà cité p. 105, entend des morts qui reviennent la nuit lui parler, le réveiller en proférant des phrases vexantes. Heureusement qu'à côté de ceux-là il y a de bons morts qui sont ses amis et prennent sa défense. Ainsi, on lui dit « : Je te soutiendrai jusqu'au soleil », cela veut-dire jusqu'à la mort.

Rey..., est un persécuté auquel ses ennemis enlèvent les tempes. Mais on les lui remet; ce sont ses amis qui viennent ainsi à son aide dans sa lutte contre ses persécuteurs.

On voit donc que ces idées sont exactement le contre-pied des idées de persécution. C'est un délire qui peut se systématiser comme le délire de persécution en formant un tout avec ce dernier.

Au point de vue *diagnostic*, cela peut avoir une certaine importance. Je me rappelle avoir vu jadis à la Salpêtrière une persécutée assez difficile chez laquelle je n'avais pu constater d'abord que les idées de défense; elle ne parlait que de ses amis. Grâce à la révélation de ceux-ci, le diagnostic put être porté, bientôt confirmé par la révélation des persécuteurs. Ces idées ne se trouvent que dans les folies présentant des idées de persécution, les chroniques systématisées surtout, et alors seulement au bout d'un certain temps.

On doit rechercher encore ici tous les mêmes détails que pour les idées de persécution: nombre, nature, situation, noms des défenseurs, nature des défenses, etc., etc. Elles contrebalancent peut-être par leur présence les tendances aux réactions actives et dangereuses contre les persécuteurs.

On appelle souvent ces idées de défense idées de défense *passives*, pour les distinguer des *actives* qui sont en réalité des *actes* de défense contre les persécutions. J'en ai parlé succinctement aux actes, aux sentiments. J'y reviens plus longuement.

Idées de défense actives. Actes de défense, de protection. — Un jour que j'allais visiter une maison de santé, j'aperçus à une fenêtre ouverte un homme inconnu de moi, debout et immobile, paraisssant préoccupé. Il était affublé d'une couverture enroulée autour de son corps et maintenue. si j'ai bonne mémoire, par une ceinture de cuir.

Rien que la vue de cet accoutrement me fit songer à un procédé de protection contre des persécutions. Effectivement, le malade se défendait ainsi à la fenêtre contre les effluves électriques qu'on lui lançait.

J'ai vu autrefois à Bicêtre un malade qui garnissait sa casquette de plusieurs doubles de journaux et qui se fabriquait avec de vieux papiers une double cuirasse placée sous son gilet devant et derrière.

Je rappelle le persécuté Lebl... dont la tête est constamment

entourée d'un cache-nez et dont les dents sont protégées par une carapace en papier mâché.

Dans quelques cas plus rares, la défense active a lieu par des procédés indirects.

Ainsi Dur... (voyez, p. 143) avait à un doigt une bague faite avec une ficelle. Il crachait aussi d'une certaine façon. La bague et les crachats étaient des procédés de défense, analogues à ceux pratiqués par les gens superstitieux pour conjurer les mauvais sorts.

J'ai vu, à la Salpêtrière, une persécutée dont l'observation a été donnée par Séglas, et qui prononçait des paroles cabalistiques comme une sorte de conjuration destinée à sa défense.

On saisit l'intérêt de ces actes au point de vue diagnostique. Ils mettent immédiatement sur la voie de la persécution. Quant aux formules d'exorcismes, il faut avoir soin de les distinguer des simples néologismes des persécutés et des stéréotypies des déments; quelques obsédés emploient des « trucs » assez voisins.

Idées de grandeur, de richesse, de capacité.

Elles sont absentes ou passagères et rudimentaires dans les intoxications, infections aiguës et la confusion mentale. C'est ainsi que Loy... se croyait Jésus-Christ pendant qu'il errait dans Paris. Elles n'ont pas une valeur sémiologique très grande, pas plus que dans les troubles mentaux de l'épilepsie.

Cha..., L. paralytique général, a trouvé plus de cent milliards de perles fines dans le Vésuve. « J'en ai un milliard de l'autre côté du mur, j'ai deux ours et des lions, une vingtaine pas plus, six hippopotames et des autruches qui pèsent 60 kilos. Avez-vous vu une fois en l'air trois ballons et un ballon dirigeable? Savez-vous combien on les a vendus? Dix-huit cent millions; et hier j'ai trouvé plus de deux milliards de fortune à travers les airs. Savez-vous ma fortune? Quatre-vingt-sept milliards à peu près.... » Un jour il revient sur sa fortune; il a cinquante immeubles à Versailles et il ajoute : « J'ai sauvé tous les enfants qui étaient pris dans l'incendie de Chicago et je les envoie tous les jours aux bains de vapeur à Nanterre. J'ai des perles partout gardées par des lions qui tirent des coups de revolver avec leur trompe. » Il est d'ailleurs très satisfait.

Dub..., paralytique général, ne se contente pas d'être riche et propriétaire de plusieurs châteaux, mais il est aussi extrêmement fort, bien portant et haut placé; il est amiral, général, etc., et extrêmement content de lui.

Un autre, Gar... O., avait fait l'invention d'un bateau assez chauffé intérieurement par la vapeur pour qu'il pût aller jusqu'au pôle nord en fondant les glaces à son contact. Il avait inventé aussi un piston à roulement à billes, afin

de diminuer le frottement (!). Ces inventions étaient des inventions merveilleuses, destinées à faire sensation.

J'ai vu autrefois à la Salpêtrière des paralytiques générales femmes qui se vantaient d'avoir cent mille enfants, d'avoir des règles d'une abondance inouïe, etc.

On remarquera le caractère particulier de ces idées délirantes; leur incohérence, leur contradiction, leur absurdité, et souvent leur mobilité; ce ne sont que des affirmations *verbales* ne paraissant jamais représenter quelque chose de net, de précis, de circonstancié, une véritable *idée* dans l'esprit du malade. Elles sont, bien plutôt qu'une idée, le *symbole* plus ou moins développé de la satisfaction, du contentement, de l'optimisme, de la béatitude que ressent le patient. Aussi sont-elles plutôt formulées sous la forme d'idées de santé, de richesse, de puissance, de capacité, ou encore d'inventions extraordinaires. Quand le paralytique général dit occuper une haute situation, cela n'a guère d'autre signification que de représenter par une formule brillante, précise seulement par l'apparence, le contentement niais qu'il ressent. C'est pour ainsi dire une *mimique verbale*. Si bien que la nature même des idées de grandeur met le plus souvent sur la voie du diagnostic, avec cette réserve déjà signalée de leur ressemblance avec celles de la démence précoce et du délire de grandeur du débile (voyez plus bas).

Ysa..., dément alcoolique et artério-scléreux déjà cité, a des idées de grandeur. Il prétend qu'il a été le secrétaire d'hommes illustres, que c'est lui qui a fait le livre de Taine sur la littérature anglaise, car Taine ne savait pas l'anglais, etc. (Voyez les détails p. 106).

Ce sont des idées absurdes et assez semblables à celles d'un P. G.

Gar... E., est un débile qui a toujours eu des idées bizarres et qui a déjà été enfermé une fois à Sainte-Anne. Quelques jours avant son entrée à Bicêtre, raconte sa femme, il devient excité et agité; il porte une fleur de lys à la boutonnière, se fait faire des cartes de visite avec une couronne de marquis au nom de G... de Victors. La veille de sa séquestration, il va arroser devant la porte de tous les locataires de la maison dont il est le gérant, prétendant qu'il allait se marier avec l'herboriste du quartier. A cette occasion, il se fit raser la moustache. Il tient des propos incohérents. Il est grand « généraliste », grand propriétaire, noble, etc., etc., se querelle, insulte les personnes, sous prétexte qu'on lui dit des injures. Cet état d'exitation intellectuelle avec délire incohérent de grandeur s'apaisa peu à peu et le malade sortit guéri (de son accès délirant) au bout de quelques mois.

On remarquera l'incohérence des idées de grandeur, leur absurdité, accompagnée d'idées vagues de persécution. Il y avait de l'excitation intellectuelle tout au début, mais la satisfaction n'était pas si grande que chez un paralytique général. Cependant, on aurait pu facilement prendre Gar... pour paralytique général.

Mme L..., atteinte de folie paranoïde (déjà citée), a des idées de grandeur aussi inouïes que ses idées de persécution ou hypocondriaques. Elle a des milliards, trente couronnes en diamants et elle a été la maîtresse de 30 rois; elle est une femme de génie, femme politique, de lettres, compositeur de musique, etc.

Ces idées sont vraiment aussi incohérentes et impossibles qu'on puisse le souhaiter.

Kor..., circulaire, présente dans sa phase maniaque des idées de grandeur; il est extrêmement fort; on peut par exemple, laisser tomber du plafond un couteau, pointe en bas, sur ses biceps, ceux-ci ne seront pas entamés; il va faire des inventions destinées à révolutionner le monde de l'industrie ; il fonde des prix, etc.

Mais comme dans la manie dite simple, ces idées ne dépassent pas un certain degré de simplicité. Elles formulent surtout d'une façon élémentaire la bonne opinion que le malade a de lui-même.

Le Russe Anto... est peu intelligent; il est atteint d'un délire de persécution et de grandeur assez systématisé. Il a fait des inventions, une machine à air comprimé, il remplace la céruse par une terre blanche, etc. On a voulu le tuer pour lui voler ses découvertes. Mais il est surtout un grand artiste peintre (en réalité peintre en bâtiments et il sait à peine dessiner); son nom n'est pas son vrai nom, il a pris celui d'Ant..., un artiste russe célèbre, pour bien marquer sa supériorité artistique.

Ce nom n'est qu'un *symbole de grandeur*. Outre ce point spécial, on remarquera un système relatif dans le délire, avec une précision assez grande et détaillée des idées de grandeur, mais qui, vu la débilité intellectuelle, ont quelque chose d'assez absurde et de peu cohérent malgré tout.

Dar..., est un persécuté systématique avec idées de grandeur que j'ai vu autrefois à Bicêtre. Il a conçu un roman très complexe de persécution où sa femme, cette « tigresse », joue un rôle des plus importants; sur ce roman est venu se greffer un roman de grandeur qui porte bien le cachet de ce genre de folie. Je citerai un passage d'un écrit de ce malade en tête duquel, au milieu d'emblêmes divers, figurait en grosses lettres le titre : « 35e mois de séquestration archi-arbitraire, le 19 septembre 1887, 24e mois à l'asile-bagne-nécropole de Bicêtre; et je ne dois être triste, ni me désoler, puisque mon existence sert de jouet à des êtres innomables!..... »

Cet écrit représente un dialogue entre le malade X²... et un ami X¹ :

« X¹. — Bonjour, cher ami, votre santé est toujours bonne, je pense?

« X². — Excellente sous tous les rapports!..... D'abord qu'avez-vous appris au sujet de l'abrogation de la loi du 30 juin 1838?

. . . .

« X². — Je me garderais bien de vous adresser le moindre reproche, ce serait très mal, très mal de ma part !... Souffrez seulement que je vous dise : *que tant que notre fr.·. et ami Cyriaque — Henry — Marie — Louis — Napoléon Bonaparte de Bourbon*, dit : « D.... », arraché illégalement et criminellement de son domicile depuis le 19 octobre 1884, n'aura pas été rendu à la liberté...., » etc., etc. Quand on essayait de lui soutirer ses idées délirantes il était très réticent. Pourtant on finissait par apprendre, comme cela arrive si souvent chez ce genre de malades, que son père n'était pas son vrai père, qu'il était le fils de Henri V et en même temps descendant de Napoléon Bonaparte. Bien que les détails imaginaires qu'il me donna fussent très succincts, on voyait qu'ils faisaient partie d'un système très compliqué, lié à celui de persécution proprement dit.

On saisit le caractère spécial des idées de grandeur des persécutés systématiques; elles forment un ensemble relativement logique, relativement détaillé et précis exprimant la haute situation, ordinairement sociale, que le malade mérite d'occuper.

Enfin, il y a quelques cas plus rares de délire de grandeur systématisé avec pas ou très peu d'idées de persécution. J'en ai vu, je crois, un cas à Bicêtre. C'était un homme au delà de cinquante ans qui se couvrait la poitrine de décorations en carton, en fer-blanc, et qui portait fièrement un vieux dolman d'artilleur dont on lui avait fait cadeau.

Remarque. — Il n'est pas inutile d'insister encore une fois sur le caractère précis, détaillé, de l'idée de grandeur, ordinaiment de situation ou de naissance illustre, du persécuté proprement dit. C'est pour ces idées-là que quelque auteurs réservent le nom d'idées ambitieuses, les opposant aux idées de satisfaction, du paralytique général par exemple. En réalité, ce qui est différent dans ces idées de grandeur, ce n'est pas tant leur formule que le sentiment ou l'émotion dont elles ne sont que le symbole. Chez le persécuté, le sentiment est un sentiment assez intellectuel de relations particulières avec la société : il est de ceux dont tout le monde s'occupe, même pour le persécuter, et cette persécution est souvent (pas toujours) déjà presque un hommage. Rien de ce qui se passe dans la société ne lui est étranger, il est trop important pour échapper à la malveillance (« Egocentricité »). Il est comme un écrivain que l'on déchire ou que l'on admire, mais qui ne saurait être indifférent, car il est

quelqu'un. Il n'est pas un satisfait, un heureux, mais un homme qui lutte et qui combat constamment pour une cause qui est la sienne. Ce sentiment fondamental est le plus habituel, mais il y a aussi des persécutés qui ont d'autres nuances de sentiments. Le paralytique, au contraire, est un heureux; il est satisfait, optimiste, tout puissant, redevenu enfant par la démence. Ses formules grandiloquentes n'ont aucune portée intellectuelle; il suppose inconsciemment, dans sa naïveté, qu'un homme nageant dans la joie est celui qui peut se dire amiral, pape, empereur, milliardaire, et, automatiquement, il le dit de lui-même, comme il se dirait capable de voler dans les airs avec ses bras.

Diagnostic. — L'idée de grandeur est facile à reconnaître, sauf chez les réticents. Chez ceux-ci il faut faire attention à la mimique, à l'accoutrement, à la tenue, aux moindres phrases qui contiennent parfois des allusions à la haute situation du malade, etc.

Valeur sémiologique. — L'idée de grandeur par elle-même indique déjà souvent la nature du type clinique, je ne reviens pas là-dessus. Mais il faut noter qu'elle indique généralement un niveau faible. Lorsqu'elle apparaît dans le cours du délire des persécutions, elle indique presque toujours une chronicité fatale, à moins qu'on n'ait affaire à un débile très marqué (voyez obs. Gar..., p. 152). Dans l'alcoolisme chronique, elle indique plutôt l'incurabilité et la déchéance. On voit donc toute l'importance sémiologique et pronostique de cette idée.

Idées d'amoindrissement, de déchéance (auto-accusation, etc.).

Dans les délires infectieux et toxiques et la confusion mentale (1), on rencontre épisodiquement ces idées; elles offrent les mêmes caractères que les autres idées qui apparaissent dans ces états de rêve et de confusion.

Dans la paralysie générale et les autres démences et la « démence précoce », elles n'ont pas grande importance, mais cependant il ne faut jamais oublier qu'elles peuvent apparaître dans la paralysie générale qui prend alors une forme particulière (voyez aux Types clin.)

(1) On appelle *à tort* mélancolie les délires de ces catégories où il y a des idées d'amoindrissement ou même seulement de la tristesse ou de la crainte.

Dans la débilité mentale, ces idées peuvent être assez mobiles et incohérentes, ou bien être fixes.

J'ai déjà donné des détails sur Thu..., 62 ans, débile sénile, artério-scléreux, qui a fini par se suicider (voyez p. 42). Je complète ici cette observation sous le rapport des idées délirantes. Il se lamente constamment sur un ton geignard dès qu'il voit quelqu'un; il se reproche d'avoir tué la mère Tussaud (un crime, paraît-il, commis réellement à Colombes), mais cependant ce n'est pas lui; il attend qu'on l'envoie au bagne. « Quel malheur, un si brave homme, aller au bagne ». Il avait été se dénoncer au commissariat de police et dans le service il a fait écrire par un autre malade une lettre bien typique par son incohérence:

« Monsieur le Commissaire, j'ai l'honneur de vous communiquer pour mon- « sieur Th.., qui me prie de vous transmettre la présente requête pour valoir « à ce que de droit. Il s'accuse d'avoir commis un crime envers la mère Tus- « saud, dont il est innocent. Il vous demande pardon du dérangement qu'il « vous a causé et demande en outre à être mis en liberté, ne pouvant rester à « l'Hospice de Bicêtre à rien faire. Il désire qu'une suite favorable lui soit « donnée pour le rendre heureux ».

On les rencontre aussi dans l'hystérie ou du moins, si on aime mieux, dans le déséquilibre mental ; elles peuvent alors s'accompagner d'accusation : le coupable a des complices. Dans ces cas également, elles peuvent avoir le caractère particulier d'être mensongères avec « débauche d'imagination » : ainsi la jeune Marc.... (p. 109) s'accuse faussement d'avoir volé 30 francs à ses patrons ; elle prétend en même temps que c'est son père qui l'a poussée à ce prétendu vol. Ceci est une chose importante en pratique et en médecine légale.

Enfin, avant de passer aux types cliniques où les idées de déchéance ont vraiment le rôle important, il faut indiquer qu'elles peuvent se rencontrer dans les folies discordantes. Ainsi:

Ger... (consultation à la Salpêtrière, 31 mai 1911), âgée de 22 ans, bonne d'enfants, est amenée par sa maîtresse, car elle est devenue bizarre tout d'un coup il y a quelques jours : elle pleure et rit sans motifs, reste immobile dans un coin et on ne peut lui arracher une parole ; elle oublie son service, etc. Examinée, elle se tient la tête basse, en flexion, mais sans expression de tristesse ; elle sourit à certains moments et on n'obtient que difficilement des réponses ou des réponses à côté. Pas d'idées délirantes constatables. Pourtant on finit par apprendre qu'elle se considère comme très coupable et qu'elle mérite tous les gros mots qu'on peut lui appliquer; on ne peut avoir d'autres explications. Elle finit par rire à la fin. Elle exécute docilement les ordres qu'on lui donne ; pas de catalepsie. Elle a déjà été internée 5 mois en 1908 et 6 mois en 1909 à la Charité-sur-Loire.

Gu..., mélancolique, reste dans son lit, très maigre, affaissé, ne regardant

personne, l'air triste (oméga mélancolique) et soucieux. Outre des idées hypocondriaques, il a des idées qu'on a de la peine à lui faire exprimer; celles d'auto-accusation, de culpabilité, d'indignité et de ruine: « Il est ruiné, il est une crapule, s'il a été volé, il a volé lui aussi, il ne doit pas manger, car ce serait un vol de plus. » Ces réponses sont faites lentement, avec difficulté, avec hésitation, toujours les mêmes, comme une litanie, sans détails précis. Il croit qu'on se moque de lui à juste titre, on lui reproche bien des choses, car il est un malhonnête homme, il va faire arriver de la peine aux amis qui s'occupent de lui, il craint qu'on ne le jette en prison.

Il s'ajoute donc aux idées d'auto-accusation des idées de persécution un peu spéciales, justifiées, des idées de malheur étendu aux autres par sa faute, enfin des idées d'expiation future. Il avoue aussi qu'il a nourri des pensées de suicide, mais qu'il était trop lâche pour les mettre à exécution.

On voit ici très nettement les caractères généraux de l'idée de déchéance, de culpabilité, d'auto-accusation, d'indignité de la personnalité du malade, auxquelles peuvent venir se joindre par extension les idées de ruine matérielle, et même par une nouvelle extension celles de ruine ou de malheur des gens qui s'intéressent au patient, famille ou amis. Cette extension se fait donc du moi à autrui, c'est ce que les auteurs appellent tendance centrifuge du délire, par opposition à celle centripète des persécutés. Deux autres sortes d'idées peuvent s'y joindre, celles de persécution méritée contrairement aux idées de persécution vraie, et celles d'expiation, nouvelle modification de ces idées de persécution, avec cette particularité d'être méritées et futures, d'attente. Enfin, on remarquera que Gu... s'accuse d'avoir volé. On n'a guère pu obtenir de renseignements sur ce point, car il reste dans le vague comme tout bon mélancolique; on arrive pourtant à reconstituer l'explication probable suivante: ses amis ont dépensé de l'argent pour le secourir avant son internement, et il ne pourra jamais leur rendre, c'est donc de l'argent volé: il a volé de l'argent. On notera aussi cette formule au passé; la culpabilité est appuyée par des faits insignifiants ou exagérés, non actuels, mais passés, et généralement peu précis : cela c'est le propre du mélancolique vrai, par opposition aux malades auto-accusateurs atteints de folie systématisée que nous allons voir plus bas.

Vir..., mélancolique, n'a pas des idées délirantes de déchéance aussi nombreuses et nettes que G... « Je souffre là au cœur des remords comme quelqu'un qui a fait du mal », c'est à peu près tout ce qu'elle dit, mais en revanche,

grâce à sa fille, nous avons un renseignement d'une haute importance. V... a commencé par être triste, inquiète, déprimée, inerte et incertaine avant d'émettre des idées délirantes.

On admet que cette tristesse, cette douleur morale, ce manque de volonté finissent par trouver leur explication dans l'idée délirante surajoutée, secondaire, comme on dit, qui devient le symbole de cet état intérieur. Et c'est cet état intérieur qui conditionne l'imprécision, le peu de certitude, l'étroitesse, la pauvreté et la monotonie de cette explication.

Les caractères des idées d'auto-accusation sont les mêmes dans la phase mélancolie des folies intermittentes et circulaires. C'est par la connaissance de l'intermittence ou de la circularité que l'on peut rattacher ces idées à la forme de folie à laquelle elles appartiennent.

Til... (voyez l'observation complète) n'est pas un mélancolique, c'est un auto-accusateur. Il se lamente sur le crime qu'il a commis, car il a signé en blanc un papier pour toucher sa paye, ce qui constitue un faux ; aussi va-t-il être puni du bagne ; par sa faute, sa femme et sa fille vont être dans la misère. Mais s'il est criminel et s'il se lamente, il affirme son forfait avec volubilité, avec précision et détails. A telle date, à telle heure, cela s'est passé comme ceci, comme cela, il a eu tort de céder à son brigadier, mais il est certain que cela est mal et non moins certain qu'il va être puni.

C'est là une attitude d'esprit qui contraste avec celle du mélancolique, comme nous l'avons déja longuement expliqué. Ce qui prouve encore que ce n'est pas de la mélancolie, c'est l'évolution ultérieure. T... a fini par trouver qu'il a été attiré dans un piège où il est tombé sottement. Ce piège lui a été tendu par un certain collègue qu'il désigne et qui a ourdi toute une affaire contre lui, parce que lui, T..., connaissait et avait contrecarré des malversations de ce collègue. Celui-ci s'est vengé. On voit ici l'étroite relation de ces idées de persécution avec celles d'auto-accusation. T... a toujours été un homme fort honnête et strict observateur des règles et de la discipline, et même davantage ; c'était un scrupuleux, mais il était aussi malheureusement borné. Il a cru avoir commis une faute à cause d'une signature en blanc, ce qui est l'interprétation fausse d'une recommandation de prudence banale et élémentaire. Il dit qu'il n'a pas de chance, lui, un honnête homme, d'être tombé dans ce piège, tandis que dans son administration il y a tant de fripouilles qui marchent la tête haute

et qui devraient être plutôt au bagne que lui. Malgré sa « gaffe », il se considère comme un homme ayant de la malechance et tout de même supérieur à des canailles de sa connaissance qui restent dans son administration et ne sont pas punis pour leurs fautes. Mais patience : il les dénoncera un jour, etc. C'est par là qu'il s'éloigne du mélancolique, qui s'accuse lui-même, et se rapproche du persécuté qui accuse autrui. Je donnerai tout au long, aux Types cliniques, cette observation à cause de son importance.

Il y a d'autres cas de folie systématique d'auto-accusation où l'auto-accusation est seule, dont M. Séglas a donné de belles observations, et d'autres où les idées de déchéance alternent avec des idées de persécution vraies. M. Ballet a appelé l'attention sur des cas où c'étaient surtout des préoccupations d'ordre religieux ou génésiques qui entraient en jeu. Mais somme toute, dans tous ces cas non mélancoliques, l'idée de déchéance est précise, forme souvent un système, s'accompagne de certitude. Elle représente une tendance individuelle, un amour-propre exagéré, blessé.

Mme Z..., se reproche d'avoir eu de mauvaises idées sur son mari. Elle sait que c'est absurde, mais elle se demande si son mari ne regarde pas avec complaisance une jeune fille de leurs connaissances ; bien qu'elle lutte contre cette idée, elle est poursuivie par elle depuis plusieurs années. A Pâques, elle a communié et elle a dû faire une mauvaise communion, car elle ne s'est pas accusée à son confesseur du péché qu'elle a commis en soupçonnant injustement son mari. Le prêtre l'a rassurée, mais elle se demande si c'est bien vrai; elle se lamente, trouve ces idées d'auto-accusation absurdes, mais ne peut s'y soustraire.

C'est là une idée obsédante d'auto-accusation, qui se rattache à l'obsession (voyez plus loin p. 180).

On ne doit pas oublier que l'auto-accusation est en rapport étroit avec la tendance au *suicide* (voyez p. 44).

Diagnostic. — L'idée d'auto-accusation (avec ses variétés et ses dérivées) émise par le malade n'est pas difficile à reconnaître pour peu que l'on fasse attention à ne pas la confondre avec l'idée de persécution. On doit la soupçonner lorsque l'on constate une mimique, une attitude, dénotant une des variétés de la tristesse, du remords, du désespoir, de l'anxiété, etc. C'est même parfois le seul signe indirect que l'on ait lorsque le mutisme imposé par l'idée d'indignité elle-même empêche le malade de

révéler sa pensée. Cela se rencontre dans la mélancolie et je renvoie à l'article Tristesse pour les détails de cette mimique et de cette attitude. De même certains actes comme le suicide peuvent faire songer à l'idée d'amoindrissement qui va parfois jusqu'a faire dire et penser au malade qu'il n'est pas digne de vivre. D'autres fois, le suicide est plutôt en rapport avec une crise d'angoisse soudaine.

Valeur sémiologique. — Elle est grande, comme nous l'avons longuement expliqué. La mélancolie n'étant pas la seule forme où elle apparaisse, il ne faut jamais employer pour cette idée l'expression fautive, et rencontrée trop fréquemment, d'idée, de délire mélancoliques, et il ne faut conclure à la mélancolie ou à la folie d'auto-accusation que si tout l'ensemble l'indique; une difficulté se présente dans l'hébéphrénie en particulier qui peut revêtir plus que dans l'exemple donné plus haut *l'apparence* de la mélancolie. On devra rechercher avec soin tout ce qui décèle la *discordance*, si frappante dans le cas de la jeune G... par les rires émis en même temps que les idées d'amoindrissement.

Idées hypocondriaques.

Dans les délires toxiques, infectieux, d'épuisement, ces idées se présentent le plus souvent épisodiquement, faisant partie du délire de rêve du malade. Elles se rencontrent aussi dans l'épilepsie, soit en dehors du paroxysme psychique, soit y étant liées. Elles y sont très fréquentes et, dans un service d'épileptiques, il n'est pas de jour pour ainsi dire où un de ces malades ne vienne se plaindre au médecin de souffrir de ceci ou de cela.

Duf... est un débile; il nous accable de lettres toutes plus niaises les unes que les autres. Il est prudent de l'éviter quand on passe dans la cour du serviee, sans cela il s'attaehe à vous sans misérieorde, vous hareelant de demandes pour sa santé sur un ton geignard, entrant dans des détails sans fin sur les aliments qui ne lui ont pas réussi, sur ce qu'il lui faudrait à la plaee, et se livrant à d'insupportables jérémiades : il digère mal, il va devenir poitrinaire, il a besoin d'un régime, de lait, de viande haehée, etc. Comme il est maigre et de mauvais aspect, on lui accorde de guerre lasse ee qu'il demande. Mais le lendemain il se plaint de ne pouvoir digérer ee qu'il réelamait la veille, que son estomae ne peut supporter pareille nourriture, ete.

On remarquera que, chez D... l'idée hypocondriaque est à son minimum, c'est une *préoccupation* plutôt qu'une affirmation, et

cette préoccupation est plausible si elle n'est pas raisonnablement exprimée.

J'ai vu autrefois un débile de ce genre qui réclamait sans cesse de la pommade pour sa tête; il avait, disait-il, une maladie de peau. Il ne présentait absolument rien d'objectivement anormal. Ici l'idée hypocondriaque était d'un degré plus marquée; c'était une affirmation d'une affection d'ailleurs possible.

Le paralytique général Tou... a des préoccupations hypocondriaques depuis qu'il est dans le service; auparavant, il avait des idées de grandeur qui ont fait place au bout de huit jours aux idées actuelles : il refuse de manger, car le lait qu'il a pris a formé un fromage dans son estomac; il faudrait un lavage pour traverser le fromage et le faire partir. L'estomac est serré, les intestins sont bouchés, aucune nourriture ne peut passer, etc. Pourtant, il a aussi quelques moments de satisfaction : il trouve que son écriture est excellente, bien qu'elle soit à peine lisible.

Les idées ont ici une tendance à devenir absurdes et à évoluer vers la négation (1). Dans les démences alcoolique, artério-scléreuse, sénile, ces idées jouent un rôle peu important.

Gu..., mélancolique que j'ai déjà cité à propos des idées de déchéance, a aussi des idées hypocondriaques : il a la fièvre toutes les nuits, il est malade, souffre de l'estomac, et il soupçonne que ce pourrait bien être d'un cancer comme sa femme; il a une hernie comme celle dont son père est mort. Son urine part malgré lui; il n'est plus un homme, il est tout désorienté; il est tout décomposé. Il mange et garde ce qu'il a mangé; le tube digestif est bouché. Il ne faudrait pas qu'il mange à cause de cela, etc. On note que la langue est bonne, et, objectivement, il n'y a pas de signes d'affection stomacale; la hernie, moyenne, est facilement réductible.

Ces craintes de maladie (quelquefois prédominantes au point de constituer une variété de mélancolie, *mélancolie hypocondriaque*), se combinent avec les craintes de l'avenir, avec les idées de culpabilité, de ruine et d'expiation dont elle sont très voisines et dont elles partagent probablement l'origine émotive, symboles, toutes tant qu'elles sont, de la tristesse, de la crainte et de l'anxiété du malade. Nous allons voir tout à l'heure que les idées de négation ne sont que l'exagération des idées hypocondriaques. Par exemple, de l'idée de tube digestif bouché à celle de suppression de ce tube il n'y a qu'un pas.

(1) On a décrit une variété d'idées hypocondriaques sous le nom de micromanie, mais qui ne se rencontre pas que dans la paralysie générale.

Ces idées peuvent exister même dans la période mélancolique des folies intermittentes et circulaires.

Sa... est atteint de folie hypocondriaque pure, c'est-à-dire qu'il a des idées délirantes de cet ordre extrêmement nettes et précises, persistantes, et qui ne paraissent pas en rapport avec un trouble émotionnel intense comme dans la mélancolie ou d'autres types cliniques, et qui de plus sont la seule manifestation du trouble mental. Elles sont primitives dans le sens où on le dit des idées de persécution dans la folie de persécution. Il se croit très malade parce qu'il a un ténia qui provoque des douleurs et qu'il a avalé tel jour à déjeuner, sans s'en apercevoir, de la paille de fer qu'il sent dans la région abdominale gauche Cette paille de fer, qui est là depuis plus d'un an l'empêche de mouvoir la jambe droite, et il boîte effectivement sans que rien soit décelable objectivement. Si l'idée de ténia n'est qu'une conviction fausse, celle de paille de fer est une conviction absurde; rien ne peut les ébranler ni l'une ni l'autre. Il prétend qu'une opération serait indispensable pour enlever cette paille de fer.

C'est une des formes de l'*hypocondrie essentielle* des anciens auteurs. Sa... a fini par mourir après de longues années de séjour dans le service. On a trouvé une artério-sclérose généralisée et des lésions cérébrales en foyer, car dans les derniers temps il avait eu une hémiplégie organique.

On décrit aussi des cas où il y a des idées de persécution et de grandeur en même temps que les idées hypocondriaques. Leurs relations entre elles peuvent être variables, mais il ne s'agit pas moins toujours de folie plus ou moins systématisée.

Une variété importante est celle où l'idée hypocondriaque est liée à une folie raisonnante ou raisonneuse de persécution, à cause des actes dangereux que commet le malade.

Le docteur X.., a très peur de la syphilis et il lui arrive à certaines occasions d'être obsédé par la crainte d'avoir contracté cette maladie.

Je renvoie aux obsessions. Ce sont des idées hypocondriaques obsédantes avec tous les caractères de l'obsession. Beaucoup d'étudiants en médecine au début de leurs études sont hantés successivement par la crainte de toutes les maladies qu'ils étudient.

Mme L..., folle paranoïde, que je ne me lasse pas de citer, est atteinte de fièvre typhoïde, de scarlatine, de tuberculose, le tout à la fois ; elle s'en plaint sans en être autrement émue ; elle ne peut digérer, elle a été empoisonnée et ses mains sont bleues (ce qui est faux). Ces idées sont absurdes comme toutes celles qu'elle émet, contradictoires et variables.

Diagnostic. — Nous venons de voir que l'idée hypocondriaque peut être une simple préoccupation (plutôt crainte qu'idée), pouvant aller jusqu'à l'obsession (crainte et idée), une idée non absurde et enfin une idée absurde, mais toujours avec ce caractère qu'il s'agit d'une maladie dont souffrirait le patient et qu'il n'a pas. On doit différencier cette idée de celle de persécution proprement dite, où le malade est bien lésé en son corps ou son esprit, mais par les manœuvres extérieures de ses ennemis. L'hypocondriaque se plaint de sa maladie et est malade imaginaire, le persécuté, nous l'avons vu, est attaqué, c'est une lutte dont il est au fond souvent vainqueur. Et cela est vrai ordinairement même pour le cas où il y a présence et combinaison des deux idées d'hypocondrie et de persécution. Pourtant, il semble y avoir un vrai hybride chez le persécuteur hypocondriaque raisonnant et d'autres.

Mais il y a des cas ou les meilleurs auteurs affirment la présence de l'hypocondrie, qui est absente.

Un neurasthénique He... (1) m'écrit : « Monsieur le docteur, je n'éprouve de soulagement que lorsque mes mains sont à la tête, je souffre particulièrement de la poitrine, par instants je sens comme quelque chose qui s'enroule autour de la colonne vertébrale en montant, les reins et la tête du côté droit principalement, comme s'il y avait des lattes collées contre à intervalles; tout le côté gauche est par moments froid. J'ai comme l'idée que je vais devenir idiot... Laisserai-je ma peau ici ? dois-je finir ma vie comme je l'avais prédit ? l'être suprême en qui j'ai confiance semble me dire que non ; je devrais donc renaître, mais pour cela il faudrait oublier *d'avoir les yeux fixés dans mon intérieur* (2), c'est là le but que je tente qui peut paraître si simple mais que je trouve très difficile à atteindre. »

Ce sont surtout les neurologistes qui voient dans ces préoccupations des préoccupations « hypocondriaques. » Au fond, il n'en est rien du tout. Le neurasthénique a « les yeux fixés dans son intérieur » parce que cet intérieur se rappelle constamment à lui par des douleurs et sensations variées. Ce sont ces phénomènes, si fréquents chez les neurasthéniques, qui peuvent quelquefois être des symptômes très isolés et qui ont été décrits sous le nom de *topoalgie*, puis de *coenesthopathie*. Le malade craint de devenir idiot; cela est certainement excessif, mais bien naturel (en prenant le mot idiot pour ce qu'il doit représenter), quand on

(1) Aujourd'hui on appelle ces malades psychasthéniques, ce qui est exactement la même chose.

(2) C'est moi qui souligne.

réfléchit à la difficulté que le malade a à penser, à travailler de la tête, à réunir ses idées. Ce n'est pas un hypocondriaque, même quand il s'inquiète de l'avenir : il a bien raison de s'en inquiéter. Du reste, il est piquant de constater que ce sont ces mêmes neurologistes, si peu observateurs de l'état mental de leurs patients, qui préconisent le traitement exclusivement moral (voyez plus loin au chap. Traitement) ou soi-disant tel, plus ou moins renouvelé de feu Feuchtersleben !

Quant à la *valeur sémiologique*, l'ayant indiquée à propos de chaque forme mentale, je n'y reviendrai pas ; il faut faire très attention surtout à la P. G., à la mélancolie et à la folie hypocondriaque.

Idées de grossesse.

Des femmes hystériques ou persécutées se croient devenues enceintes par les manœuvres de leurs ennemis ou du diable. Un de mes malades, un homme, probablement atteint de démence précoce au début, prétendait qu'il était *enceinte* (sic) par des opérations mystérieuses dont je n'ai jamais pu me faire expliquer la nature. Ce sont là des idées indiquant parfois un affaiblissement considérable du jugement.

Idées de négation.

Dans les délires toxiques, fébriles, infectieux, épileptiques, ces idées se présentent le plus souvent avec ce caractère de rêve qui est la marque générale de ces délires et leur rôle est peu important, car elles sont ordinairement mélangées à d'autres. Pourtant, comme elles se présentent plutôt dans les délires infectieux, souvent avec des idées de mort, cela peut servir pour aider au diagnostic (voyez l'exemple de Niz...).

Le paralytique général Reui..., sur une question répond : « C'est tout qui est malade, je n'ai plus d'estomac, je n'ai plus rien du tout. » — « Et les intestins ? » — « Ah ! oui, ils sont rares, ils vont finir par disparaître. » — « Et le cœur ? » — « Il ne bat plus, je ne sais même pas comment j'existe. » — « Le sang circule-t-il ? » — « Il n'y a pas beaucoup de sang ; je vis machinalement. Je n'ai plus de vue... je ne vais plus savoir manger ; je ne sais plus ouvrir la mâchoire ; je me tasse en fin de compte », etc. A un autre moment, il avait dit ne plus pouvoir tirer la langue, ne plus pouvoir lire, ni écrire, ni penser, etc. A part cela, perte de mémoire, bredouillement. Ces idées de négation ont

varié de temps à autre, bien que ce malade les ait présentées d'une façon prédominante.

On voit ce que c'est que l'idée de négation, c'est la négation de choses ou d'actes, et ici comme ces choses et ces actes sont des organes ou des actes du malade, matériels ou spirituels, il s'agit de la variété négation hypocondriaque, qui est si voisine de l'idée hypocondriaque pure. Chez le paralytique général, elle est ordinairement absurde, incohérente, mobile, contradictoire comme toute idée délirante dans cette affection.

J'ai vu autrefois un malade de cette catégorie (dont l'observation a été publiée par le Dr Deny) qui avait un délire de négation bien plus complet et systématisé presque. Il parlait de lui à la troisième personne en disant que Cot... T, était mort, qu'il était un imbécile, que rien n'existait plus ni lui-même ni le monde extérieur ni rien. Quand on le pinçait, il disait : « Vous ne me pincez pas »; on lui présentait un objet, il disait que ce n'était pas cet objet; on lui parlait de n'importe quoi, objet concret ou abstraction, il en niait l'existence. Ce délire s'était développé rapidement et s'est maintenu fort longtemps avec cette généralisation de la négation et une presque systématisation, si l'on peut dire, sans d'autres signes d'affaiblissement intellectuel, qu'avec une pareille négation il n'était pas possible de constater. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps que les signes de la paralysie générale sont venus confirmer le diagnostic qu'on devait poser par élimination. Ces idées de négation portaient non seulement sur l'esprit et le corps du patient, mais sur sa propre personnalité, sur le monde extérieur et même des abstractions. C'est le plus grand développement possible de ces idées.

Chez le dément alcoolique et le dément sénile, elles peuvent aussi être présentes.

Le mélancolique Vau... avait eu les intestins détruits par l'explosion d'un purgatif et ne va plus à la selle du tout.

D. — Depuis quand?
R. — Depuis quinze jours (ce qui est faux).
D. — Du tout?
R. — Non, monsieur.
D. — Est-ce que vos boyaux sont détruits?
R. — Je ne sens plus rien dans l'estomac.
D. — Qu'est-ce que ça veut dire? que vous n'avez plus d'estomac?
R. — Je pense que oui!
D. — Vous mangez tout de même?
R. — Oui, mais ça reste là.

Ce sont là des idées de négation hypocondriaque, qui se retrouvent plus ou moins chez presque tous les mélancoliques purs ou circulaires, mais qui se développent dans quelques cas où la mé-

lancolie prend une allure chronique et dont le pronostic doit être réservé. C'est alors une « paranoïa secondaire », un délire systématisé secondaire, intermédiaire entre la mélancolie et la démence qui se développe alors, véritable système de négation que l'on ne peut rattacher sûrement à la mélancolie que lorsque l'on connaît la marche de l'affection, les signes proprement mélancoliques ayant à peu près disparu; sans cela, il est permis de la confondre avec la folie de négation (plus ou moins pure) dite primitive, « paranoïa primaire », dont je donnerai un exemple plus loin.

Voici un exemple de délire systématique secondaire de négation que je dois à l'amitié de mon collègue Séglas.

Mme X... (Voyez obs. complète) après une période de mélancolie anxieuse, a présenté « des idées hypocondriaques spéciales, constituant un véritable délire de négation. Mme X... est convaincue que les différents appareils de son organisme sont atteints dans leur structure et leur fonctionnement, que son estomac, ses intestins, sont desséchés, que l'assimilation et l'excrétion ne se font plus; que les poumons ne respirent plus, que son larynx ne peut pas permettre l'émission de la voix. Elle se trouve, croit-elle, dans un état anormal qui n'est ni la vie ni la mort: elle est une morte dont l'enveloppe matérielle continue à vivre par un mystère inexplicable, en dehors des lois de la nature. Cet état lui paraît sans remède; il ne peut y avoir de terme à ses supplices, elle est condamnée à la souffrance éternelle (1). A ce cas anormal, il faut, dit-elle, une solution anormale, et celle qu'elle réclame avec insistance est qu'on reconnaisse que, malgré les apparences, elle est bien réellement morte et qu'on incinère son corps. Sous l'empire de ces idées, qui l'ont fait autrefois déjà songer au suicide, Mme X... refuse de prendre spontanément toute nourriture, de satisfaire aux besoins naturels; elle refuse systématiquement de parler et ne converse que par écrit. Elle manifeste à tout instant un esprit d'opposition extraordinaire et même, prise en flagrant délit de contradiction avec elle-même, elle n'en persiste pas moins dans son parti pris de négations systématiques, même les plus invraisemblables. »

Remarque. — Les idées de négation ont des rapports étroits avec les idées hypocondriaques : on doit donc rechercher celles-là lorsqu'on constate celles-ci. Elles peuvent avoir leur *importance pratique* pour le refus de nourriture, le mutisme, ou le suicide.

Ces idées peuvent constituer une sorte de folie systématique chez des hypocondriaques où l'hypocondrie a abouti à la négation. On peut les rencontrer dans la folie paranoïde.

Valeur sémiologique. — Dans le délire de rêve, l'idée de négation doit faire rechercher surtout l'infection. Elle est fréquente

(1) Ceci est une idée dite d'énormité (voyez plus loin).

dans la mélancolie et plus rare dans la paralysie générale. Il faut pourtant penser à cette dernière ainsi qu'à la folie systématique de négation qui est exceptionnelle. Dans la folie paranoïde et les autres folies discordantes, elle n'a pas d'importance diagnostique. Elle n'a d'importance que dans la mélancolie où son apparition peut faire craindre la chronicité et même la démence (voyez Syndrome de Cotard).

Idées d'énormité. — La malade de M. Séglas disait qu'il ne pouvait y avoir de terme à ses souffrances ; elle était condamnée à la souffrance éternelle. C'est là un exemple d'idée d'énormité, comme l'entendait Cotard, c'est-à-dire une sorte d'idée de grandeur dans l'horrible et l'affreux ; non seulement la malade souffre, mais la souffrance sera éternelle. Cela se rencontre comme on le voit dans la mélancolie, particulièrement lorsqu'il y a délire secondaire de négation, et surtout quand il revêt l'aspect du *syndrome de Cotard* (voyez plus bas.)

Idées d'exagération. — On a signalé dans la paralysie générale quelque chose d'analogue. Un malade prétendait avoir l'estomac bouché par 300 vers, c'est un hybride d'hypocondrie et de grandeur. On verra chez un P. G., Cha... L. une idée de déchéance mélangée de grandeur par contraste qui se rapproche de ces idées d'énormité et d'exagération.

Idées mystiques ou religieuses.

Une dame X..., (voyez aux Types cliniques) que j'ai eu l'occasion de voir avec mon ami le Dr Georges Baudouin, atteinte de délire infectieux à l'occasion d'une grippe légère, avait dans son rêve délirant des démêlés avec son curé, elle se croyait damnée : tout son délire roulait sur des idées religieuses. La formule du délire avait ceci de curieux qu'elle reflétait les préoccupations habituelles de la malade ; c'est un cas exceptionnel.

Loy..., déjà cité, errant dans les rues de Paris, s'est cru Jésus-Christ faisant la police de sûreté. C'était une des idées de son rêve de confus.

Les idées mystiques se présentent de même chez les alcooliques aigus, mais exceptionnellement.

C'est ainsi que Lau..., qui est intoxiqué par l'alcool, auquel sont probablement venus s'ajouter le sulfure de carbone et la benzine, croyait que son patron était Dieu et que lui-même devait être une victime expiatoire chargée des péchés du monde.

Dans tous ces délires, cela n'a vraiment pas de valeur sémiologique.

Math..., dit Bamboula, à cause de la noirceur de sa peau (déjà cité), a des paroxymes psychiques épileptiques. Pendant ceux-ci il manifeste des idées mystiques. Il se met fréquemment à genoux, joint les mains et marmotte des prières. Un jour il voit Dieu, dit-il « C'est dans l'air comme une buée ». « Tenez, le voilà qui me regarde». Quand on lui demande de dire comment est Dieu, il répond : « Dieu, c'est la nature! c'est l'air! c'est tout! » Il a un secret, un secret de la nature qu'il ne peut dévoiler à personne sous peine de bouleversement dans Paris. Il est puni pour ses fautes de jeunesse et il faut qu'il ait obtenu son pardon avant le 1er mai, etc.

Ces faits sont d'une grande importance sémiologique : un délire religieux, ordinairement avec hallucinations visuelles, sous forme de rêve plus ou moins coordonné, avec des réactions plus ou moins intenses, de l'agitation, ou au contraire de la dépression avec confusion, surtout si le début est brusque, doit toujours faire songer à l'épilepsie.

Dans la démence paralytique et alcoolique, il arrive parfois qu'il y ait des idées de grandeur religieuse; le fond démentiel leur imprime le caractère d'absurdité et d'incohérence qui lui appartient.

Une mélancolique que j'ai eu à soigner à la Salpêtrière, il y a des années, était tourmentée par des idées de culpabilité religieuse; elle s'accusait de péchés et elle y ajoutait la crainte d'être damnée (« damnomanie » des anciens auteurs). Cette formule religieuse de l'idée d'auto-accusation n'a pas grande importance par elle-même; elle indique seulement les tendances antérieures du patient; elle a les mêmes caractères par ailleurs que l'idée de culpabilité et que l'idée d'expiation décrites plus haut. Mais s'il y a non seulement des idées de damnation, mais encore de possession, cela est très important à noter, car cela indique la tendance à la chronicité.

Syndrome de Cotard. — N'ayant pas d'observation personnelle à donner, je me borne à dire que ce syndrome se rencontre surtout dans la mélancolie chronique et est constitué par les éléments suivants :

Idées de négation.
— d'immortalité.
— de possession ou de damnation.
— d'énormité.

On se rendra compte, par les exemples donnés précédemment de ces diverses idées, de l'aspect que pourra présenter le patient.

Dans la période mélancolique de la folie intermittente on peut

rencontrer aussi des idées mystiques analogues à celles de la mélancolie pure. Ce n'est pas leur présence qui aidera à faire le diagnostic, mais leur caractère plus général d'idées d'auto-accusation et d'expiation d'une part et la connaissance d'accès antérieurs d'autre part.

Lcf... est un débile qui présente des idées mystiques peu coordonnées ; il a vu Satan (voyez p. 128) et Dieu lui ordonne de ne pas prendre de nourriture étrangère à son corps, ce qui le pousse à refuser de manger; il écrit au pape pour lui réclamer un catéchisme, car celui qu'il a n'est pas bon : « Le Pape Pie X. à Rome. — Je vous serais bien reconnaissant de me répondre un mot au sujet des lettres que je vous ai envoyées, afin d'éclairer ma conscience. Il y a encore une chose qui paraît anormal sur le catéchisme. On y dit que l'enfer est éternel. Si l'homme a été créé pour rachcter le péché des anges, cela ne doit pas être » etc., etc. L'aspect de L... est caractéristique du « minus habens », du débile. Sa mère, fort pieuse, n'est pas non plus très intelligente.

Lem..., déjà cité (p. 132), est atteint de folie des persécutions avec cette particularité que c'est le démon qui est son persécuteur en chef. Il a vu Satan, sous forme d'un énorme boa, s'enrouler autour de son corps, comme je l'ai déjà dit, et le serrer jusqu'à lui faire craquer les os; il a entendu les menaces du diable et les airs de musique joués par l'orchestre infernal.

Tout le détail des idées délirantes chez ce dernier malade est le même que celui des idées de persécution ordinaires ; le démon, extérieur à lui, le persécute (« démonopathie externe » des anciens auteurs); mais, contrairement, au persécuté vrai qui ne voit pas son persécuteur, Lem.... *voit* le démon, il a des hallucinations visuelles, *ce qui est*, chose curieuse, *presque constant dans la folie mystique*, tandis que chez le persécuté type c'est l'hallucination auditive. En outre, de même que le persécuté sent souvent ses ennemis le faire agir et penser en lui, de même Lem.... sent aussi le diable en lui, mais ici il y a un pas de plus, car il est possédé (« démonopathie interne », possession, voyez plus bas). En sa qualité de persécuté avec grandeur, Lem.... ne s'en chagrine pas outre mesure, bien au contraire : « il a été béni et choisi par le bon Dieu en France pour être possédé ». Ce n'est pas une mission à proprement parler dont il a été chargé, mais cela a une grande importance pour la France ; il fait des allusions mystérieuses à un pouvoir surnaturel dont il serait doué, même de pouvoir faire repousser les cheveux des chauves. Toutes ses fautes sont effacées ; il mourrait qu'il entrerait immédiatement dans le ciel, etc., etc. C'est donc un *système avec idées mystiques*. S'il y a ici seulement « démonopathie externe et interne » suivant la vieille terminologie,

il y a aussi des cas ou le malade peut être atteint de « démonomanie » vraie, il est lui-même le démon.

Le démon est ainsi un persécuteur. Dieu peut intervenir, mais comme un défenseur, et nous voyons l'ébauche de cette « théomanie » dans le cas précédent où Dieu et le diable luttent pour Lem... Cette « théomanie » est dite externe ou interne par les vieux auteurs, suivant que Dieu est extérieur ou intérieur à l'aliéné; j'en ai déjà parlé à propos de Rob..., qui voyait Dieu dans des hallucinations visuelles. La vraie théomanie consiste à se croire soi-même Dieu. Toutes ces distinctions n'ont peut-être guère d'importance.

Ce qui en a, c'est la systématisation du délire mystique comme chez Lem..., (1) comme chez Vuk..., que j'ai cité page 128, pour sa vision de Dieu. On en trouvera des exemples détaillés aux Types cliniques ; ils rentrent dans le cadre général des folies systématiques à côté des folies systématiques de persécution et autres. Il est probable qu'ils étaient plus fréquents autrefois.

Il y a enfin des fous raisonnants avec idées mystiques.

L'hystérique peut avoir des idées mystiques qui sont en rapport avec le délire de l'attaque ou être indépendants. Il y a ordinairement des hallucinations visuelles et génitales où le diable joue le principal rôle (incubes et succubes). On connait ces épidémies de folie religieuse hystérique à propos desquelles on cite toujours les possédées de Loudun.

Enfin, chez les obsédés et les scrupuleux le sentiment religieux préexistant peut donner sa teinte particulière aux obsessions, au doute, à la rumination intellectuelle.

Diagnostic et valeur sémiologique. — Le diagnostic est facile. La valeur sémiologique de l'idée mystique est faible, sauf pourtant pour faire rechercher l'épilepsie dans les cas où l'idée mystique se présente dans un délire à allure aiguë sur la nature duquel l'on hésite. Dans la mélancolie, si elle se présente bien développée à un moment, il y a lieu de rechercher, si elle s'accompagne de possession. Dans notre pays la folie systématique mystique n'a pas une importance pratique considérable. En Angleterre, en Russie et en Italie on a décrit des épidémies de mysticisme répandues sous l'influence de fous mystiques et qui ont eu des conséquences sociales importantes.

(1) J'ai examiné autrefois ce malade, sur lequel M. Séglas a bien voulu me communiquer les renseignements qu'il avait.

Idées érotiques.

Dans les délires alcooliques aigus, infectieux, confus, il peut y avoir passagèrement quelques tendances érotiques. Pourtant on a signalé des cas de confusion mentale puerpérale remarquables par l'obscénité du délire. Mais c'est surtout dans certaines intoxications passagères par haschich, opium, alcool, qu'elles peuvent se développer avec ou sans aboutissement à des actes. Tout le monde sait que l'absorption de vins fins et de liqueurs fortes précède souvent les excès vénériens ou même simplement les promenades platoniques dans des lieux de débauche.

Sauv..., déjà citée, est atteinte de délire épileptique. Elle a des préoccupations amoureuses; elle se prétend enceinte des hommes qu'elle voit: elle se met toute nue, etc. Elle y mélange d'ailleurs des idées mystiques : elle est la femme du Bon Dieu et la mère de Jésus-Christ.

Ce sont non seulement des idées érotiques, mais des préoccupations érotiques et même des tendances érotiques et des actes érotiques. On confond souvent les unes et les autres. Rigoureusement parlant, idées érotiques doivent vouloir dire idées délirantes ou à la rigueur, extraordinaires; dans ce sens restreint, elles sont beaucoup plus rares que les tendances et elles ont une importance pratique à cause des actes que peuvent susciter ces idées.

Le paralytique général Co ..., a eu, quelques jours avant d'entrer à Bicêtre, une violente excitation génitale; il voulait, en chemise, se précipiter dans l'escalier sur ses voisines pour les..... et il prétendait qu'il leur avait procuré ainsi d'indicibles jouissances, car ces dames poussaient en l'apercevant des cris de volupté; ceci est bien une interprétation délirante, car c'était sûrement des cris d'effroi, d'indignation.

Je rappelle que le dément Ysa..., déjà cité (p. 106), prétendait avoir obtenu en mariage la fille de M.X.... homme important et riche. Toute la famille avait assisté à la défloration de la mariée.

Ce pseudo-souvenir érotique est en même temps une idée délirante de grandeur. Chez les déments séniles, on peut rencontrer ces deux sortes d'idées. On sait que des vieillards, même normaux en apparence, se laissent souvent entraîner à des propos et même à des actes obscènes, faisant preuve de préoccupations peu com-

patibles avec leur âge et particulièrement répugnantes. Elles s'accompagnent parfois de perversions variées et d'erreurs sur les sentiments que ces vieillards peuvent inspirer.

Dans la mélancolie il n'y a pas d'idées érotiques proprement dites, car il n'y a pas, en règle, excitation érotique, ce sont des idées d'auto-accusation portant sur des péchés sexuels, etc. Pourtant on a signalé la masturbation chez les anxieux (voyez obs. Vau...)

Dans la manie et surtout la manie de la folie circulaire, on trouve de l'excitation génitale (voyez obs. B...)

Mme Gil..., atteinte de folie des persécutions, prétend qu'on l'excite la nuit par des appareils, les rayons X. Elle a la nuit des visions d'organes mâles. Elle a inventé un procédé pour calmer les ardeurs des hommes et des femmes.

Ce sont là vraiment encore des idées délirantes. Leur fréquence est grande dans la folie des persécutions systématisées. Nous avons déjà vu les exemples des malades Ver... N. et Jo...

Certaines femmes persécutées se plaignent très vivement des idées et même des actes érotiques suggérés par leurs ennemis, et entrent dans des détails d'une extrême précision (hallucinations dans la sphère génitale), rappelant ceux donnés par les sorcières du moyen âge sur leurs relations avec le diable.

Ces idées érotiques, qui s'expriment comme les autres idées des persécutés systématiques, ont une importance pratique. J'ai vu très souvent à la Salpêtrière chez des femmes (« la femme de quarante ans »), des délires de persécution rapportés à un homme avec des idées érotiques prédominantes.

Mme Vve Le C..., agée de 45 ans, prétendait qu'un de ses voisins lui avait fait la cour par gestes et l'avait aussi demandée en mariage. Comme elle l'a refusé. il fait chanter des chansons dans les cafés-concerts contre elle. « C'est la Veuve Joyeuse », etc. Elle regrettait d'ailleurs d'avoir refusé et priait Dieu pour qu'il revint. Depuis 6 mois qu'elle n'a plus ses règles, elle croit de temps en temps le sentir la nuit couché à côté d'elle et lui procurant des sensations voluptueuses.

On décrit aussi des idées érotiques chez des persécutés auto-accusateurs et chez les jaloux, surtout les femmes.

Rob..., atteint de folie mystique, écrit des lettres enflammées à la surveillante et on est obligé de le mettre dans la partie réservée où il ne voit plus son idole. Il s'imagine à tort en être aimé.

Cela montre la relation étroite bien connue entre les idées amoureuses et les mystiques.

Il y a encore l'amoureux raisonnant, l'érotomane persécuteur, tel que ce malade Ver..., que j'ai connu autrefois et qui a poursuivi longtemps une actrice célèbre de ses assiduités qu'il imaginait agréées. Voici un passage typique d'une lettre qu'il m'avait adressée :

« Il suffirait qu'un homme autorisé comme vous l'êtes, monsieur, fasse venir cette créature moucharde (l'actrice qui, excédée, l'avait fait enfermer) et lui dise : Voyons, madame, il n'est pas digne ni de votre rang, ni de votre conscience, de faire séquestrer ainsi un jeune homme que vous avez jadis bien accueilli, dont vous avez même recherché la tendresse..... Nous connaissons la vie de ce garçon-là et nous savons qu'il fut remarquable partout où il a passé. Tous ceux qui l'ont employé n'ont qu'à se louer de ses capacités intellectuelles et de la beauté morale de son esprit. Il est classé par nous parmi les esprits d'élite..... », etc.

Dans un autre passage, il dit que l'actrice lui « faisait signe, en plein théâtre, à la face de 4.000 spectateurs d'aller l'attendre à son retour ou de se trouver chez elle ».

On remarquera l'aspect absolument raisonnable de la lettre. Mais la haute idée que se fait le malade de lui-même et l'affirmation que l'actrice lui avait fait signe en plein théâtre, ce qui est une interprétation délirante, décèlent l'état pathologique ou anormal, à un examen plus approfondi. C'est une *idée prévalente* comme dirait Wernicke, très circonscrite et non complètement absurde, qui entraîne une conviction absolue et des actes dangereux chez un individu plein de lui-même et paraissant, à première vue, tout-à-fait normal.

L'érotomane platonique est moins dangereux. Il se contente d'adorer de loin son idole, qui peut même être un objet symbolique.

L'hystérique a été accusé longtemps d'érotisme. Dans l'attaque classique du service de Charcot, les attitudes passionnelles étaient fréquentes et révélaient les idées amoureuses. Cependant, en dehors de ce fait, on peut admettre que dans la folie hystérique il y a aussi souvent des idées de ce genre.

L'obsédé peut être poursuivi par des obsessions de nature amoureuse et le perverti sexuel peut se livrer à des jeux d'idées bizarres en relations avec le genre de perversion dont il est atteint (masochisme, sadisme, etc.). J'en donnerai un exemple aux Types cliniques.

Le dément précoce Ja..., ne parle guère que de masturbation et de coït. Il se complaît dans ces propos, d'ailleurs assez peu cohérents, et couvre de sentences obscènes, fruits d'une imagination dévergondée, les murs de sa cellule et les feuilles de papier qui lui tombent sous la main. Il décrit avec force les jouissances que lui procure la masturbation. Sa mimique est aussi aventurée que ses propos.

L'incohérence, le décousu de ses phrases révèlent la déchéance qui l'attend, bien qu'il ait souvent toute l'allure d'un excité maniaque avec le mordant et l'esprit caustique de celui-ci, observateur impitoyable des travers d'autrui (voyez l'observation complète).

Mme L..., atteinte de folie paranoïde, couche avec trente rois, Jésus-Christ est son amant; le pape est venu passer la nuit avec Mme X... dans la cave, etc. Elle ne tarit pas sur ces sujets. Ce sont là vraiment des idées délirantes érotiques.

Diagnostic. — Le diagnostic est facile. Si l'on veut être précis, il faut séparer, ainsi que je l'ai dit, l'excitation sexuelle et les actes des idées amoureuses délirantes ou extravagantes. Celles-ci n'ont guère un développement à part important que chez la femme persécutée érotique, chez l'amoureux raisonneur et chez le perverti sexuel. Leur *valeur sémiologique* est faible, si leur *importance pratique médico-légale* est grande, car il y a parfois une poursuite amoureuse acharnée ou des actes de violence commis.

Idées de transformation.

J'ai déjà cité cette vieille persécutée du service de M. Falret, Mèr..., qui poursuivait celui-ci de ses sarcasmes et qui prenait les autres aliénées pour des personnages, les malades camisolées dans la cour pour des soldats du pape, et moi pour le général Bertrand. Tout cela se reliait à un délire de grandeur dont une des manifestations consistait à crier à tue-tête : Vive l'empereur! (Il s'agissait de Napoléon Ier), ce qui l'avait rendue célèbre dans tout l'hospice.

Voilà des idées dites de transformation (délire « métabolique »).

Une autre Melle Pou..., dont j'ai déjà aussi parlé (Voy. p. 95) qui se croyait fille de Napoléon III, racontait que son père n'était pas son vrai père. Elle avait été mystérieusement confiée à son père adoptif. Elle racontait avec détails comment cela s'était fait. Elle ne l'avait appris d'ailleurs qu'à un certain moment par les voix. Elle avait donc eu sa naissance transformée à un moment donné.

La malade de M. Séglas, dont j'ai parlé aux idées de négation, disait qu'elle était dans un état anormal, qui n'était ni la vie ni la mort, en dehors des lois de la nature.

Quelques malades croient que certains de leurs organes sont transformés en bois, en verre, en caoutchouc. Autrefois, surtout, on a signalé des idées de transformation complète en animal (zoanthropie), en loup (lycanthropie).

On voit ce qu'on entend par idées de transformation : c'est une transformation soit du monde extérieur, soit de la personnalité ou du corps du malade. Elles se rencontrent surtout dans les cas chroniques ou qui tendent à la démence. Leur *valeur pronostique* est donc assez grande. Elles sont très près des idées de négation et hypocondriaques et d'autre part des idées de grandeur, dont elles ne sont guère qu'une extension, lorsqu'elles compliquent celles-ci. Au fond, elles pourraient rentrer dans ces différentes catégories déjà étudiées.

Idées de possession.

Très près des idées de persécution, hypocondriaques, de transformation, mystiques, sont les idées de possession dont j'ai déjà parlé chemin faisant. Elles sont surtout liées à l'idée du démon, parfois seulement à l'idée de persécution. L'ennemi ne fait plus agir le malade à distance, il est dans le malade. On connaît ces idées dans l'hystérie du moyen âge et les épidémies dont la plus célèbre est celle de Loudun. Elles ont a peu près la même *valeur sémiologique* que les idées mystiques. Elles peuvent faire partie du *syndrome de Cotard*. Elles peuvent aussi se rencontrer dans une variété de folies des persécutions (voyez aux Types clin.). Elles indiquent en général la chronicité.

Idées délirantes banales.

On donne quelquefois ce nom aux idées délirantes qui ont un contenu indifférent et qui n'impliquent pas une émotion ou un sentiment bien spécial. Telles sont celles de bien des délirants séniles, des confus, des débiles, des déments, des vieillards. On a employé aussi le nom de délire comme synonyme d'erreurs intellectuelles, d'inventions ou d'idées par surexcitation générale de l'imagination, etc. Ainsi le nom de *délire palingnostique* (Mendel), est appliqué à des cas de persistance de l'illusion du

déjà vu. Dupré et Logre appellent délire d'imagination ces « débauches » d'imagination dont nous avons parlé et qui sont très près de la *paranoïa fantastica* des Allemands. Il vaut mieux pour la précision ne pas donner à toutes ces idées ce nom de délire ou cette épithète de délirant, et les réserver à une espèce particulière d'erreurs de mémoire, d'imagination, de jugement, se rapportant au « moi » du malade et d'un intérêt énorme pour lui, comme je l'ai expliqué, et les faire rentrer tout uniment dans la masse générale de ces erreurs déjà étudiées plus haut, bien qu'il y ait quelquefois difficulté à faire cette distinction nette.

Considérations générales sur les idées délirantes et le délire.

On donne quelquefois à une idée délirante isolée et très limitée le nom d'*idée fixe* ou *d'idée prévalente* (Wernicke), comme chez certains persécutés raisonnants ou interprétatifs et certaines hystériques; elle est très voisine de l'idée fixe normale, préoccupation exclusive, impérieuse, que tout le monde connaît. L'*idée autochtone* est très voisine de l'hallucination, c'est une sorte d'hallucination psychique (voyez p. 135); elle est caractérisée par ces expressions du malade : prise de la pensée, envoi de pensées étrangères. Wernicke oppose ces deux sortes d'idées à l'*idée obsédante*, reconnue comme pathologique par le patient lui-même.

Les idées délirantes peuvent se présenter isolées, d'une seule espèce, ou être mêlées à des hallucinations des divers sens suivant les types cliniques. Les idées délirantes de diverses formes peuvent se rencontrer chez le même malade et c'est à l'ensemble des idées délirantes qu'on donne le nom de délire.

Ce délire peut-être très complexe, comporter presque tous les genres d'idées délirantes ou n'en comporter que quelques-unes. Ces idées peuvent ne pas avoir de lien entre elles ou être au contraire systématisées, et, bien entendu, entre les deux extrêmes il y a bien des intermédiaires. Quoi qu'il en soit, on peut parler *d'incohérence* du délire et de *systématisation* du délire, comme d'*uniformité* et de *multiformité* ou « polymophisme ».

Incohérence du délire. — La signification de cette incohérence, quelle que soit la teinte du délire, est souvent l'affaiblissement sous-jacent de l'intelligence acquis ou congénital, passager ou définitif, présent ou futur : il arrive quelquefois que le malade

peut paraître encore suffisamment intelligent; l'incohérence du délire indique une arriération mentale ou une débilité mentale qu'on retrouve en cherchant bien. L'incohérence délirante du paralytique général est énorme; c'est celle de la démence profonde, mais celle de la folie discordante, surtout de la forme dite paranoïde, et celle des grands débiles ne le cèdent quelquefois en rien à la première. Il faut en être prévenu.

Dans le premier et le troisième types, il s'agit d'un fond d'affaiblissement ou de faiblesse spéciale, intellectuelle; dans le second, ce n'est parfois qu'au bout de longtemps que la démence s'installe. Quant au « polymorphisme » du délire, il n'indique pas par lui-même un affaiblissement incurable, si, avec lui, il y a assez de systématisation. Mais un *polymorphisme trop incohérent* est généralement d'un pronostic fâcheux, à moins qu'il ne s'agisse de grosse débilité sous-jacente ou qu'il soit accompagné d'*excitation* qui peut expliquer l'incohérence. Je reparlerai au chapitre Démence ainsi qu'aux Folies aiguës de ces difficiles questions.

Quant à l'incohérence que l'on rencontre dans le délire de rêve, j'en parlerai à propos de celui-ci; mais elle n'a pas d'importance au point de vue du pronostic, puisque ce délire se rencontre essentiellement dans les cas curables.

Discordance générale. Incohérence (Désharmonie) entre les différents signes de l'affection. — Bien que ce ne soit pas la place, je crois pourtant devoir en dire un mot à côté de l'incohérence du délire, car cette *discordance générale* accompagne très souvent l'autre. Elle peut se rencontrer dans les démences, surtout la P. G.. Mais là où elle est le plus frappante, c'est dans la démence précoce où le malade vous raconte, par exemple, en souriant, qu'on vient de le couper en morceaux, etc. On voit que la discordance existe entre l'émotion et le délire. Aussi ai-je employé de préférence le nom de *folies discordantes* pour tous ces types que l'on range provisoirement sous ce nom de « démence précoce ». On verra mieux ce que je veux dire au chapitre où j'en traite, mais ici je veux seulement relever toute l'*importance diagnostique* de ce symptôme discordance générale, dont le polymorphisme incohérent n'est qu'un cas particulier, et qui signifie souvent démence ou future démence. J'ai déjà parlé (p. 34), de la *mimique discordante*. Je parlerai plus loin des autres discordances.

Systématisation du délire, paranoïa primaire, paranoïa secon-

daire. — Cette systématisation, quelle que soit la teinte du délire, indique ordinairement une intégrité sous-jacente relative de l'intelligence. Mais il faut ajouter, pour être vrai, que cette systématisation n'est jamais exempte de tout reproche. — Nous avons donné des exemples nombreux de systématisation délirante. Bien que celle-ci se rencontre surtout dans la « paranoïa » ou folie systématisée primitive, on la rencontre dans certains cas d'alcoolisme chronique, où son existence est discutée, de mélancolie chronique, voire, paraît-il, de manie chronique, et exceptionnellement dans quelques autres circonstances, par exemple dans certains délires de rêve ou comme reliquat plus ou moins persistant et limité de délire de rêve. Dans ces cas, elle donne au délire l'allure de paranoïa et on l'appelle quelquefois paranoïa secondaire, consécutive à un trouble aigu, pour la distinguer de l'autre paranoïa primaire, c'est-à-dire naissant spontanément. Cette paranoïa secondaire peut être une étape sur la voie de la démence avec laquelle elle finit par se confondre insensiblement. Elle est alors monotone, peu riche, et très rapidement cristallisée, comme on dit parfois.

A côté de cette systématisation du délire, (il y a aussi une *concordance* de l'ensemble des symptômes,) que l'on peut constater dans beaucoup de cas; c'est précisement l'opposé de la discordance dont j'ai parlé plus haut.

Origine du délire. — J'ai indiqué chemin faisant que beaucoup d'idées délirantes paraissent avoir leur source dans les émotions et tendances des malades dont elles ne sont que la traduction, plus ou moins symbolique. La différence entre les idées délirantes dites primitives et celles dites secondaires serait seulement dans l'intensité visible ou non du trouble émotionnel. On peut concevoir le mécanisme de cette genèse en se rappelant ce qui se passe dans le rêve normal. Des tendances, désirs, sentiments, émotions de l'état de veille réapparaissent dans le rêve nocturne sous la forme de scènes, avec images déformées qui se déroulent devant l'esprit du dormeur et qui les symbolisent ainsi. Freud a bâti sur cette constatation toute une théorie du rêve.

Rêve et délire. — On a voulu aussi chercher dans le rêve même l'origine du délire. En fait, le rêve ne donne naissance au délire que lorsqu'il est lui-même pathologique. Bien des pseudo-réminiscences, surtout des vieillards, prennent leur naissance dans des rêves, prolongés pour ainsi dire. Et, comme l'a dit Lasègue,

le délire alcoolique naît dans un rêve qui se continue. Le délire qui revêt ainsi la forme du rêve est d'une grande importance; aussi étudierai-je à part ce syndrome, plus loin.

Délire et obsession. — Dans quelques cas rares, l'obsession peut se transformer en délire.

Rêves des aliénés et des névropathes. — Enfin on a étudié les rêves des aliénés, des épileptiques, des hystériques, des obsédés, des pervertis sexuels, des vieillards, etc. Cela m'entraînerait trop loin d'en parler, car cela n'a qu'une minime importance clinique. Je dois signaler les *cauchemars* des enfants dits *terreurs nocturnes*, syndrôme qui indique un état nerveux, mais qui est lié à beaucoup d'affections : lésions cérébrales, hystérie (?), épilepsie, troubles intestinaux, vers intestinaux, végétations adénoïdes, intoxications etc.

Contagion. Folie communiquée. — Une autre source de folie est la contagion, beaucoup plus rare que le vulgaire ne s'imagine. Tout aliéniste a entendu les profanes soutenir sérieusement qu'ils deviendraient fous par contagion si on les enfermait par séquestration arbitraire (à laquelle ils croient). Cette contagion ne peut résulter que d'une cohabitation étroite, conjugale, familiale ou conventuelle ou sectaire (épidémies mystiques). Les contagionnés sont ordinairement des débiles ou des gens peu instruits. L'initiateur est un fou systématique qui en impose par son activité délirante ou un « demi-fou » mystique, fanatique ou hystérique. J'en donne un exemple aux folies systématisées de persécution. C'est une *folie conjugale*.

Dans les casernes, lycées, asiles, etc., on voit souvent la contagion du suicide.

Enfin, quelques malades délirants chroniquement « déteignent » parfois les uns sur les autres, comme l'avait remarqué Charpentier.

CHAPITRE XII

L'OBSESSION

SOMMAIRE. — Exemple d'obsession physiologique. Exemple d'obsession pathologique. C'est un trouble du courant des idées par apparition brusque et persistance d'une idée, « corps étranger intellectuel », malgré le malade qui reconnaît en grande partie son état anormal. Obsession interrogative : le doute. Sorte d'impulsion de vérification liée à cette obsession. Obsession avec angoisse. « Agoraphobie » ou peur des places ; c'est différent quoique très voisin de l'obsession proprement dite. Rapport avec l'indécision (V. plus loin). Un exemple curieux d'obsession avec crainte. Liens étroits entre l'émotion, angoisse, anxiété, et l'obsession. Vérification et trucs mentaux.
Contenu variable. Association par contraste.
Transformation rare en délire ou hallucination.
Apparition par accès ou par paroxysme.
Rapport avec le « mentisme ». Manifestation de l'état mental neurasthénique ou psychasthénique.
Degré de « conscience » du malade pendant l'accès.
Valeur sémiologique. — Dans la psychasthénie ou neurasthénie psychique. Peut très rarement se rencontrer au début de la P. G., de la mélancolie, de la folie discordante.

Un soir, après avoir entendu un morceau particulièrement rythmé reproduit par un gramophone, je fus (si je puis me donner en exemple) poursuivi jusqu'au sommeil par ce morceau qui se déroulait automatiquement à mon «oreille psychique» avec une netteté extraordinaire, une justesse de timbre parfaite, mais sans extériorisation. Le lendemain je fus de nouveau obsédé par la persistance de ce souvenir musical qui me gêna et m'agaça un peu. Puis tout disparut.

Un phénomène semblable est très fréquent. C'est un trouble passager qui est à peu près dans les limites de la normale.

Je connais un médecin, le Dr X..., que j'ai déjà cité, qui m'a raconté ce qui lui était arrivé un jour à son grand étonnement. Il faut dire, pour comprendre ce qui suit, que le Dr X... a pour père un officier français.

Un matin, en se réveillant, il est poursuivi par cette idée que son père avait été officier anglais. Cette idée tendait à s'imposer à son esprit avec une force

et une intensité singulières (*überwertige Idee* de Wernicke) malgré tous ses efforts pour la repousser. De temps en temps, il se demandait si vraiment son père n'avait pas été officier anglais, puis il se répondait à lui-même que c'était absurde. L'impression causée par la présence de cette idée, persistant malgré la volonté, était celle d'une effraction par un instrument, celle de corps étranger intellectuel. Une légère émotion d'anxiété accompagnait ce trouble de la pensée. Le travail intellectuel était en grande partie employé à la lutte contre cette obsession. Le Dr X... se leva pourtant, put faire sa toilette et sortir pour aller voir ses malades. Peu à peu l'obsession perdit de son intensité et il put examiner son premier client, puis faire d'autres visites sans trop de difficultés; pourtant, de temps en temps, l'idée reparaissait. Enfin vers l'heure du déjeuner elle avait complètement disparu.

Voilà un mode particulier de trouble du courant des idées à mettre à côté de l'excitation, de la dépression, de l'incohérence. C'est, si l'on veut, une incohérence extrêmement limitée et persistante par suite de l'apparition d'une image ou d'une idée qui peut être en relation ou n'avoir aucun lien avec le restant des idées (peut-être née dans un rêve oublié du sujet à son réveil dans le dernier exemple ?), mais qui prend une *durée* et une *valeur* inaccoutumées, et s'impose malgré tout effort. C'est un piétinement sur place de l'idée, une répétition, une persistance, à rapprocher des persistances verbales, des stéréotypies motrices. On peut dire aussi que c'est une erreur de jugement, ou erreur de mémoire, mais dont le malade n'est pas complètement dupe, puisqu'il la combat. On peut donc, comme presque tous les symptômes mentaux, la considérer sous de multiples aspects.

Un psychasthénique Plo., qui venait de perdre son père, m'a confié qu'il était tourmenté de temps en temps par une question stupide qu'il se posait à lui-même : Est-ce que son père aurait consenti à son mariage, s'il avait voulu se marier? Il conserva ce doute très longtemps, et plusieurs années après, cette interrogation saugrenue se posait à son esprit de temps à autre. Cette « folie du doute » ne l'a jamais beaucoup gêné, car elle était peu intense.

Un autre, Vra..., quand il sortait de chez lui, se demandait s'il avait bien fermé sa porte. Pris par le doute, il revenait sur ses pas, ne se contentant pas de regarder si la porte était fermée, mais la poussant avec la main pour bien s'assurer si la porte résistait. Il repartait satisfait, mais à peine parti le même doute le reprenait : « Est-ce que vraiment j'ai bien vérifié que la porte était fermée ? » Et de nouveau il revenait refaire le même manège, et ce à plusieurs reprises. Quand il essayait de lutter contre ce doute et de ne pas revenir, il éprouvait un sentiment d'anxiété désagréable. Cet accès dura environ une semaine ; dans les derniers jours le malade pouvait surmonter cette obsession et ne pas revenir sur ses pas. Une fois assez loin de chez lui, il n'y pensait plus.

Le point de départ de l'obsession est ici un objet du monde extérieur, donnant naissance à une interrogation qui se reproduit dans l'esprit du malade. C'est l'obsession à forme de *doute* qui est un peu différente peut-être de l'obsession simple. On l'appelle quelquefois « folie du doute » ; on verra plusieurs exemples aux Types cliniques. On constate aussi qu'une des conséquences de l'obsession peut être une sorte d'impulsion. Cette sorte d'impulsion peut être aussi verbale, et alors ce sera un mot ou une phrase qui aura tendance à être prononcée plusieurs fois, mais ces « impulsions » ont ce caractère particulier d'être à répétition : ce sont des *vérifications*.

J'ai vu à la consultation de la Salpêtrière un homme qui ne pouvait essayer de traverser une place sans se dire que c'était trop grand, qu'il n'y arriverait pas, et sans être pris alors d'un accès d'angoisse terrible; ses jambes se dérobaient sous lui et il ne pouvait plus avancer. C'est la *peur des places* que l'on a baptisée d'un nom grec : « agoraphobie ». C'est quelque chose d'un peu différent des obsessions décrites ci-dessus. C'est bien plutôt l'éveil de l'anxiété ou de l'angoisse sous l'influence d'une perception extérieure accompagnée d'une idée tout à fait saugrenue parfois. L'accompagnement émotif est constant et le plus souvent très intense. C'est aussi à un autre point de vue une « aboulie systématisée » (Voyez plus loin).

On voit toute espèce d'obsessions parfois très curieuses de ce genre, décorées elles aussi de noms grecs ou pseudo-grecs qui déroutent même les gens les plus instruits. Je citerai l'exemple suivant pour lequel je n'ai certes pas cherché à fabriquer un néologisme, mais qui me paraît tout à fait extravagant.

Le malade Bis... raconte ainsi ce qui lui arrive : «.... Un soir que nous dînions, j'étais debout; au moment où j'allais boire les quelques gouttes d'eau rougie restant dans mon verre, j'eus l'impression que je me noyais.... Lorsque je bois vous ne me ferez pas boire un verre plein; lorsque je vois à table ma femme verser de l'eau dans le verre de mon bébé, ça me fait peur. » Pourtant il va à la pêche sans émotion.

Ce malade d'ailleurs est très complexe et j'en reparlerai plus loin à propos de l'indécision.

Enfin il arrive, ce dont je n'ai pas d'exemple à donner, que c'est l'angoise qui précède l'obsession.

On voit donc les liens étroits qui relient l'émotion, anxiété ou angoisse, à l'obsession quelle que soit sa forme.

Le contenu de l'idée obsédante peut être tout à fait banal, saugrenu ou désagréable.

Il peut être aussi en rapport contrastant avec les idées auxquelles le malade veut faire attention; ainsi le malade aura des pensées obscènes l'obsédant au milieu de préoccupations religieuses et morales, etc. C'est ce qu'on appelle *l'association par contraste*.

Cette obsession peut conduire à des actes plus ou moins étroitement liés à elle. Parmi ceux-ci, il faut mentionner spécialement les *actes de vérification* et les « *trucs* » mentaux que certains psychasthéniques emploient pour mettre fin à l'obsession (procédés comparables à ceux dits de défense des persécutés chroniques; voyez p. 150); j'en donne des exemples aux Types cliniques.

Il y a des cas rares où l'obsession se transforme en hallucination ou en idée délirante (Séglas).

L'obsession a pour caractère ordinaire d'apparaître par accès. Elle peut s'établir presque chroniquement, mais, même dans ces cas, elle n'est pas perpétuellement présente. Elle est toujours sujette à des paroxysmes plus ou moins marqués.

L'obsession a aussi des liens étroits avec ce que j'ai décrit sous le nom de *mentisme* (p. 61), car il y a souvent une répétition monotone obsédante au milieu du courant des pensées, comme un remous qui se forme. On peut dire aussi que si l'obsession peut aboutir à l'impulsion, elle touche aussi par un autre côté à l'indécision : le malade, dans ce cas, est tourmenté pendant longtemps par les représentations d'actes entre lesquels il n'arrive pas à faire un choix et qui persistent, monotones, sans aboutir, si ce n'est au bout d'un temps très long. C'est que tout cela est la manifestation de l'état dit neurasthénique ou psychasthénique qui sera décrit à l'art. Neurasthénie et obsessions.

Une des caractéristiques de l'obsession est qu'elle est reconnue par le malade lui-même, contrairement aux idées délirantes. C'est ce qu'on appelle la *folie avec conscience*, mais cette conscience n'est pas absolue durant toute la période de l'accès. Le malade lutte contre son idée, mais l'admet un instant pour la repousser ensuite. Au moment où le patient cité plus haut vient tâter sa porte pour savoir si elle est fermée, il doute vraiment qu'elle le soit. (Je dirai quelques mots plus loin à propos de cette question complexe du doute). Le confrère qui était poursuivi par cette idée que son père avait été officier anglais se disait de temps en temps : « Mais enfin, *vraiment*, il ne l'était pas. » Ce qui indique bien que par

moments il avait fait sienne, pour un instant, cette idée absurde. Il faut ajouter que les patients, bien qu'ils reconnaissent leur état et le décrivent souvent minutieusement quand ce sont des gens cultivés, le reconnaissent pourtant fort mal. Beaucoup avouent qu'ils ne se rendent pas parfaitement compte de ce qui se passe en eux. Il y a un certain degré de *confusion* dans les idées à ces moments là (Voyez le chap. Psychasthénie).

Valeur sémiologique. — Si incontestablement l'obsession dans ses différentes variétés se rencontre avant tout dans la psychasthénie, elle peut beaucoup plus rarement se rencontrer au *début* de la paralysie générale, au début de la démence précoce, comme j'en ai vu un cas très curieux avec le Dr Séglas (voyez plus loin), et au début de la mélancolie. Mais peut-on dire que ce sont ces affections mêmes qui ont débuté par une période où elles avaient la forme d'obsession ou bien faut-il admettre que l'obsession avait dans ces cas une existence *indépendante* des affections qu'elle précédait? c'est encore une de ces questions de « nosographie » que nos connaissances limitées ne permettent pas de résoudre. Il n'importe : le fait demeure avec son *importance pratique*.

Appendice.

Audition colorée, etc.

Il y aussi d'autres troubles, mais permanents, des associations, qui ne présentent qu'un intérêt de curiosité, comme l'audition colorée, les « photismes » etc. Je renvoie aux Types cliniques où j'en donne un exemple.

CHAPITRE XIII

IMPRESSIONS FONDAMENTALES DU TEMPS, DU MONDE EXTÉRIEUR, DU CORPS, DU MOI. IMPRESSION DU RÉEL

SOMMAIRE. — Altération des idées des « *moi* » du malade sous la forme d'idées délirantes. Atteinte partielle par la possession. *Impression* directe du *temps; impression* du *monde extérieur, impression générale* ou « cœnesthésie » du corps. *Sensation de dépersonnalisation.* Un exemple.
Impression d'étrangeté de mots, d'objets, de parties du corps. Exemples. Ces impressions paraissent être un trouble de l'*impression du réel*.

Nous avons vu que l'aliéné peut ne plus savoir évaluer le temps, ni reconnaître l'endroit où il se trouve. Nous avons vu que le monde extérieur, le milieu social, son corps, peuvent lui apparaître sous un jour spécial, grâce aux erreurs de jugement que constituent les idées délirantes. Mais l'idée qu'il se fait de son « moi » le plus intime peut aussi être soumise à l'influence d'un faux jugement. En réalité, on se fait plusieurs idées du *moi* correspondant à certains aspects sous lesquels on le considère, idées du « moi social », du « moi propriétaire », ou, si je puis dire du « moi capitaliste », « du moi corporel », et enfin de ce *moi* intime, un peu fusion de tous les autres, reliquat abstrait des émotions, des sentiments et sensations corporelles ordinaires de l'individu. Nous avons vu des exemples d'altérations de ces différents *moi* subjectifs sous le nom d'idées délirantes, par exemple pour le premier, chez le malade qui se croit amiral, général, empereur, président de la République ; pour le deuxième, chez celui qui se croit riche ou ruiné ; pour le troisième, chez l'hypocondriaque et chez le négateur qui a des parties du corps malades ou supprimées. Quant au *moi* le plus intime, il est évident que c'est une grave erreur de jugement porté sur lui que de se croire mort comme le font certains malades (p. 165). Une atteinte partielle lui est portée par la demi-possession et la possession : la

pensée du malade est *prise*, ses ennemis lisent dans sa pensée ou le font parler. C'est là ce qu'on appelle parfois les *troubles de la personnalité*, expression qu'il vaut peut-être mieux réserver pour les véritables alternances ou coexistences de personnalités (voyez p. 192), puisque ceux-là ne sont guère que des altérations de l'idée du moi, du jugement porté par le malade sur lui-même.

Si la désorientation dans le temps est simplement l'incapacité de mesurer le temps ou plutôt de suivre la mesure du temps faite par des moyens extérieurs à nous, il y a probablement, à côté, des troubles plus profonds qui portent sur le « *sentiment*, » *l'* « *impression* » *du temps* lui-même, comme le montrent l'intoxication par le haschich et certains rêves. Si la désorientation dans le monde extérieur tient à ce que le malade n'a pas pu suivre le changement de lieux ou méconnaît l'endroit où il se trouve, par suite de différents troubles intellectuels, il y a aussi probablement à côté un trouble plus profond, portant sur *l'* « *impression* » *du monde extérieur* comme nous allons le voir plus bas. Enfin si les notions diverses concernant les « *moi* » du malade peuvent être altérées, si les notions les plus banales et fondamentales, comme celles d'âge, de sexe, de nom, de profession, peuvent être perverties ou perdues, il semble aussi que certaines erreurs aussi profondes, comme de se croire transformé, possédé, double (1), mais surtout de se croire mort, reposent sur un trouble du sentiment intime du corps que l'on appelle aussi « cœnesthésie », *impression générale du corps*, fusion suprême des *sensations internes*, et qui est le fond sur lequel se projettent toutes les modifications de notre conscience. Le sentiment du monde extérieur et le sentiment intime sont étroitement liés comme le montrent les troubles accusés parfois par certains psychasthéniques ou même passagèrement par des personnes normales, et dont voici un exemple :

« SENSATION DE DÉPERSONNALISATION (2). — Survient en général assez brusquement. Tout d'un coup on ne se reconnaît plus, on a perdu la notion de ce qu'est

(1) Biss.... dont j'ai déjà parlé, page 182, a souvent au réveil une impression bizarre : « Quand je m'éveille, dit-il, il me semble souvent que nous sommes deux en moi (*sic*); ça ne dure qu'une seconde ». Ce malade est peu observateur de lui-même, quoique psychasthénique, et il est impossible d'avoir plus d'explications sur cette impression.

(2) Je dois cette note à l'obligeance de M. May, interne des hôpitaux, grâce au-

le *moi*. Il y a un antagonisme entre le fait qu'on se rend compte qu'on pense, qu'on parle, qu'on marche et l'impression qu'on a que l'individu qui agit ainsi est un individu étranger.

« On a un peu l'impression d'être envahi par un étranger qui se sert de votre pensée et de vos paroles.

« Au fond, on ne peut même pas dire qu'on ne se reconnaisse pas; on ne sait plus ce que signifie le *moi*. Et la sensation peut se résumer dans cette phrase qu'on se répète d'ailleurs à soi-même : « Je suis un tel, qu'est-ce que cela veut dire? » Si on se regarde dans une glace, on a l'impression de voir un visage inhabituel et cela augmente l'intensité de la sensation. La voix paraît parfois étrange, mais cela n'est pas constant.

« Cette sensation est accompagnée d'une certaine angoisse, mais moins intense que celle qui accompagne l'impression du « déjà vu. »

Impression d'étrangeté. — Le Dr X..., déjà cité, a observé plusieurs fois sur lui-même le phénomène suivant : il est en train de lire; subitement un mot qu'il lit lui parait dénué de l'impression que lui causent les autres; il voit ce mot, le lit parfaitement, sait ce qu'il signifie, pourtant il lui parait étrange, changé généralement; s'il continue sa lecture, d'autres mots prennent cet aspect spécial indéfinissable. Cela ne dure que quelque temps qu'il n'a pas évalué, ce phénomène s'étant produit à une époque où le Dr X... n'y attachait pas d'importance.

Un étudiant en médecine, M. Mus..., que j'ai pu examiner grâce à l'obligeance de M. Plumey, externe des hôpitaux, m'a raconté un phénomène analogue : « en relisant une lettre que je venais d'écrire, me dit-il, j'étais soudain arrêté par un mot banal; je trouvais ce mot bizarre, sonnant mal; peut-être y a-t-il une faute d'orthographe, me disais-je; pourtant je ne vois pas d'autre façon de l'écrire, c'est un mot banal d'orthographe simple ». Cela n'est arrivé à ce jeune homme que dans les lettres qu'il écrivait.

Certains psychasthéniques éprouvent aussi des sensations bizarres, indéfinissables, dans certaines parties du corps, qui leur paraissent changées, étranges ou étrangères, leurs jambes, par exemple, ne paraissant plus leur appartenir, etc. Ces sensations alternent avec des sensations douloureuses ou se mélangent à elles. D'autre part, il y a des sensations douloureuses fixes qu'on a appelées « topoalgies » (Blocq) et d'autres « cœnesthopathies » (Dupré).

Ces troubles, *dépersonnalisation*, *impression d'étrangeté* du « moi » et de certains objets, peuvent s'étendre et durer chez certains psychasthéniques qui ont l'impression qu'ils ne vivent plus, que le monde extérieur n'est qu'un rêve, etc. Krishaber, il y a longtemps, avait décrit ces cas étranges sous le nom de *névro-*

quel j'avais déjà pu observer ce même M. Z..., l'auteur de cette auto-observation, à propos de la sensation de déjà vu (p. 101).

pathie cérébro-cardiaque, et leur étude a été complétée par Pierre Janet. Mais le fond du trouble, durable ou passager, paraît toujours être une altération de cette impression générale qui accompagne toutes nos opérations intellectuelles, et que Pierre Janet appelle *impression du réel*.

CHAPITRE XIV

LA CROYANCE AU DÉLIRE
LA RECONNAISSANCE DU TROUBLE MENTAL PAR LE MALADE.

SOMMAIRE. — Exemple d'un persécuté croyant avec une conviction absolue à la réalité de ses hallucinations. Le doute sur la réalité des phénomènes morbides; reconnaissance plus ou moins complète par le malade « conscient, » de l'affection mentale : à la fin des troubles aigus, dans certaines formes au début, dans l'obsession. C'est le « sentiment » qui empêche la juste reconnaissance en général de nos erreurs pathologiques. Impossibilité de distinguer psychologiquement l'erreur physiologique de la pathologique.

Je reprends le mot que m'avait dit Im..., (p. 121) à propos de ses hallucinations auditives : « On dit que j'entends cette voix parce que je suis persécuté, mais je sais bien que ce n'est pas de la persécution, puisque je l'entends distinctement, que je reconnais le timbre de sa voix... »

On saisit là la *croyance*, la *conviction* la plus complète en la réalité de la voix. Je me souviens avoir autrefois essayé sur un persécuté avéré, halluciné, enfermé à la Sûreté de Bicêtre, de lutter contre sa croyance. Je n'avais réussi qu'à faire mettre le malade dans une épouvantable colère accompagnée de menaces à mon égard. Si les fous systématiques sont parmi les plus croyants, les plus convaincus, la plupart des autres le sont aussi. Ce n'est que par moments, surtout dans les délires infectieux ou toxiques, que le doute surgit dans l'esprit du malade et qu'il se demande s'il ne perd pas la tête ; quelquefois, dans la débilité mentale, dans la paralysie générale au début, dans les démences, le patient a aussi de temps en temps un doute sur la réalité des phénomènes suscités par son imagination. Mais c'est surtout au déclin des affections aiguës, délires toxiques, infectieux, etc., que cette « conscience » de l'affection apparaît — c'est un bon signe de guérison, si cela se maintient.

A l'opposé se trouve ce que l'on appelle à tort folie avec conscience ou psychasthénie ou neurasthénie psychique. Ici le patient, comme nous l'avons vu, sait qu'il est malade et ce n'est que par

moments qu'il perd pied et croit à ses idées obsédantes devenues alors vraiment comparables à des idées délirantes. Il me paraît inutile pour caractériser cette *reconnaissance de l'affection mentale* d'employer le terme d'auto-critique adopté par quelques auteurs. Cette faculté, qui existe à l'état normal et nous permet de rectifier nos erreurs, est bien faible en chacun de nous et bien faillible. Elle se ramène d'ailleurs à la propriété fondamentale de l'intelligence, la perspicacité qui s'exerce aussi bien sur les objets extérieurs que sur les objets intérieurs, nos idées. L'étude des aliénés, comme des gens dans les limites de la normale, montre que ce qui entrave avant tout l'exercice de cette perception des différences et ressemblances, c'est le sentiment, l'émotion. Là est la principale source de nos erreurs, là est très probablement la principale source de nos erreurs pathologiques, les idées délirantes. Elles obéissent à cette *logique des sentiments* qu'a si bien étudiée Ribot.

Resterait à savoir s'il est possible de distinguer la raison de la folie toujours et à coup sûr. Psychologiquement cela paraît impossible. Ce n'est que par l'absurdité évidente des produits de l'imagination des malades que l'on diagnostique l'idée vraiment délirante ou pathologique : mais est-ce que l'Académie des sciences n'avait pas mis le téléphone au même rang que les inventions qui ont trait au mouvement perpétuel ?

CHAPITRE XV

LA RAISON DANS LA FOLIE (1).

Sommaire. — L'aliéné peut avoir des opérations intellectuelles normales au milieu des anormales. C'est surtout frappant dans les folies systématisées. Un exemple. Préjugés du public.

Un jour que j'avais été chargé à Bicêtre pendant un remplacement de donner un certificat sur l'état mental de Dar..., (déjà cité p.153), je fis venir le malade et l'interrogeai longuement. Il me fut impossible de tirer de lui aucune parole délirante. Il soutint pendant plus d'une heure une conversation qui témoignait en apparence d'une intégrité parfaite de l'intelligence. Le lendemain, pendant deux heures, même résultat. Enfin, le troisième jour, j'allais renoncer à faire, pour le moment, le certificat, lorsque dans le dernier quart d'heure de la conversation, le malade se livra et me donna la clef du délire où il s'absorbait. Ce délire, systématisé, était d'une complication extrême, avec hallucinations, idées de persécution et de grandeur, et pourtant, aux yeux d'une personne étrangère à l'aliénation, qui n'eût pas su l'interroger, il aurait passé pour sain d'esprit.

Ainsi il y a des aliénés que l'on qualifiait autrefois de monomanes, de délirants partiels, qui en dehors de leur délire se conduisent et pensent de la façon la plus normale. Ce fait est des plus importants au point de vue pratique, car il donne quelquefois l'occasion à la Presse politique de crier à la séquestration arbitraire. Il faut distinguer ces cas de ceux où, comme on le dit avec une mauvaise expression, le délire est général, où, comme on dit mieux, le trouble mental est généralisé. Et encore dans ces états, à moins qu'ils ne soient très intenses, les malades, délirants intoxiqués, infectieux, etc., déments de différents types, sont encore capables de bien des opérations intellectuelles suffisamment correctes. Le débutant aliéniste doit donc abandonner ce *préjugé courant* selon lequel le fou l'est toujours et sur tous les points, sur tous les sujets. C'est exceptionnellement que cela arrive.

(1) Ce titre est emprunté à un excellent ouvrage, déjà ancien, du docteur Victor Parant (de Toulouse). *La raison dans la folie*, Paris et Toulouse, 1888.

CHAPITRE XVI

FRAGMENTATION DE LA PERSONNALITÉ (1).

SOMMAIRE. — Fragments de la vie du malade qui lui échappent dans les délires toxiques, infectieux, etc.; chez les intermittents et circulaires; surtout dans l'épilepsie et l'hystérie. États artificiels dans l'hystérie. Médiums.

Nous avons vu aux troubles de la mémoire qu'après certains troubles il peut y avoir un oubli complet de la période pathologique. L'exemple le plus net est fourni par l'épileptique qui, comme nous l'avons vu, peut faire une fugue (p. 50), paraître aux yeux non exercés comme tout à fait normal, faire des voyages pendant cet état, parler, etc., et, brusquement, cet état cessant, reprendre son état ordinaire sans nul souvenir de cette période. Il y a là un fragment de la vie intellectuelle du malade qui lui échappe. Cela se rencontre aussi dans les délires fébriles, infectieux (voyez p. 339 un bel exemple) traumatiques, bref chaque fois qu'il y a stupeur, confusion ou délire de rêve. On pourrait parler aussi d'une *alternance de personnalités* ou plutôt de modifications alternantes de la personnalité chez les intermittents et les circulaires. Je ne m'y appesantirais pas si, dans certains cas d'hystérie ou d'hypnotisme plus ou moins spontané, il n'y avait de ces états qui prennent parfois un développement extraordinaire, la malade (c'est ordinairement une femme) ayant pour ainsi dire une *double personnalité alternante*. J'ai vu autrefois à la Salpêtrière, dans le service de Charcot, de ces états artificiels et j'ai pu en observer un autre de près avec mon excellent maître M. le Dr Jules Voisin, alors que j'étais son interne, chez un homme, V... L., dont je rapporterai plus loin l'observation au chapitre. Hystérie.

Dans ces états, où le malade vit dans un délire de rêve, il arrive parfois que ce rêve le reporte à une période passée de son existence, c'est ce que Pitres a appelé *ecmnésie*. Quand cette ecmnésie

(1) P. JANET, *Les Névroses*, déjà cité.

ramène à l'enfance, il y a là une des manifestations comprises sous le nom de *puérilisme* de Dupré (voyez p. 260).

Chez ces mêmes hystériques on peut produire un autre état dans lequel il semble qu'il y ait plusieurs *personnalités séparées coexistantes*, comme on le voit par *l'écriture automatique*. Les médiums utilisent ces altérations pour faire croire qu'ils sont possédés par des esprits étrangers à leur *moi*. Ils développent ainsi leurs troubles mentaux, ce qui est dangereux mais lucratif, tandis qu'autrefois, dans le service de Charcot et ailleurs, on le développait chez les hystériques dans un but scientifique, peut-être en oubliant ainsi le rôle principal du médecin. Je pense que ces procédés sont totalement abandonnés aujourd'hui.

Ces phénomènes que le médecin aliéniste doit connaître, mais qu'il rencontrera rarement, car ils sont monopolisés à tort par les neurologistes, seront étudiés au chapitre Hystérie.

CHAPITRE XVII

SÉPARATION DE L'INTELLIGENCE ET DU LANGAGE (1)

SOMMAIRE. — *Langage non approprié.* — Exemple chez un débile.

Langage de perroquet. — Sans aucune signification. Exemple. Signe de profond affaiblissement intellectuel. Chronique ou passager, démence ou incohérence avec excitation. C'est une *discordance.*

Langage en écho. — Exemple chez une idiote qui répète tout ce qu'elle entend. Pas de valeur séméiologique.

Langage réflexe.

Langage avec persistance. — Dans les affaiblissements intellectuels profonds, dans l'aphasie et, en ébauche, dans la psychasthénie.

Jargonaphasie de Wernicke.

Hallucinations verbales motrices.

Impulsions verbales. — Dans la possession. Sortes d'impulsions dans l'obsession par vérification ou truc. Impulsions verbales vraies. Tics verbaux.

Stéréotypies verbales et litanie déclamatoire (« *verbigération* » des Allemands). Exemples de stéréotypies verbales ou répétitions des mêmes mots et de litanie déclamatoire; celle-ci est l'ensemble constitué par le langage incohérent avec stéréotypies verbales et mimique expressive « pathétique. »

Diagnostic. — Avec les mots fabriqués du persécuté et avec les mots persistants. Avec les formules de défense.

Valeur séméiologique. — Les stéréotypies se rencontrent dans toutes les démences, la litanie déclamatoire dans la folie discordante, surtout la catatonie.

Langage non approprié. — Jusqu'à présent, nous avons considéré que le langage traduisait au dehors, en restant normal ou s'altérant lui-même, la pensée troublée de différentes manières. Mais il arrive qu'il y a indépendance entre l'intelligence et le langage ; le langage et l'intelligence se séparent. Il est bien évident que dans les cas extrêmes d'excitation maniaque, d'incohérence, comme j'en rapporte des observations (p. 69 et p. 70), c'est à peine si on peut dire qu'aux mots correspondent encore des pensées. Probablement même aussi dans l'observation de Dero... (p. 108) une partie du langage inventé échappe à sa pensée. C'est alors le langage de perroquet. A un degré moindre, quand le langage n'est pas complètement adapté à la pensée, il y a

(1) Voyez LUCIEN COTARD, *Contribution à l'étude séméiologique du psittacisme*, etc. Th. de Paris, 1908.

langage non approprié ou *inapproprié*. Ces deux sortes de langages se rencontrent fréquemment à l'état normal.

Delz..., est un débile qui a été élevé au Séminaire, qu'on a frotté de latin, d'histoire et de philosophie, et qui a quitté brusquement l'établissement au moment où il était question d'entrer dans les ordres. Il a fait son service militaire, plusieurs métiers et beaucoup d'excès de boisson, surtout d'absinthe; il a voulu donner des coups de couteau à sa sœur sous l'influence d'idées de persécution mal systématisées. Dans le service, il répond tantôt correctement, tantôt d'une façon incohérente au début de son séjour, mais toujours d'une façon emphatique et en usant le plus souvent d'un langage qui n'est pas adapté aux idées. Il sait d'ailleurs parfaitement où il est, s'en plaint, et a aussi de temps en temps une reconnaissance nette qu'il a la tête affaiblie. Il tombe amoureux de la surveillante et lui envoie des lettres et des pièces de vers (?) qui rappellent assez certains poètes décadents. Voici une de ces pièces :

Hospice de Bicêtre, le 26 janvier 1907.

ET EGO. — Air : *La Matchiche*.

Otez votre dentelle, Mademoiselle,
Car votre mine blanche
N'est pas si belle
Sous votre jupe blanche
Jaillit la hanche
Vos épaules sans doute
N'ont aucun doute
Vos satins roses et tendres
Ont su me défendre
Quittez le tin (sic) morose
De pâle rose
Vos dieux me combattirent
Et me punirent
Un berceau de vendanges
Et de louanges
Appelle au cimetière
Ma cime altière
Calmez vos seins iniques
C'est un punique
Vers vous monte pas folle
O mon idole
Ma prière et mes larmes
Et mes alarmes
Je bois sans mystère
Et sans prière.
Je m'en vais à la tombe
Triste hécatombe

C.Q.F.D.

Je crois que l'on peut reconnaître dans cette pièce quelques bonnes intentions trahies par un langage tout à fait inapproprié, même complètement inintelligible par endroits. Ces mêmes bonnes intentions se retrouvent plus visibles dans la lettre suivante à moi adressée :

Hospice de Bicêtre, le 19 décembre 1906.

Monsieur,

Ancien condisciple, libéré de tout préjugé, de toute atteinte nuisible je me donne à vous.

Vous me donnerez un travail simple, unique, et vous m'imposerez une stricte réserve.

Louis D.
malade 5e-1re.

Quelques mois auparavant, il m'avait écrit une lettre tout à fait sensée, correcte, pour me réclamer sa sortie, et qui débutait ainsi :

Monsieur,

Je suis complètement rétabli.

Pourquoi donc me retenez-vous dans un asile, me privez-vous de ma liberté, de mon travail, de mon gain? etc.

On voit nettement la différence. Dans les premiers écrits, il y a emploi d'un langage qui n'est pas en rapport complet avec la pensée, par suite de la faiblesse d'esprit accompagnée de la vanité et de la prétention du débile, jointe aux reliquats d'une instruction reçue autrefois au séminaire et au-dessus du niveau de Delz.

Langage de perroquet (psittacisme). — Giv... est un dément précoce à forme particulière, *folie discordante verbale*, précisément parce qu'il n'y a comme manifestation qu'un langage complètement automatique, incohérent et, qui plus est, bourré *d'expressions fabriquées automatiquement* (néologisme passif de Séglas). Comme je donne l'observation complète au chapitre des folies discordantes, je ne citerai ici qu'un passage.

Au début de la conversation, Giv... donne souvent des réponses sensées, puis des phrases et des mots complètement incompréhensibles, accompagnés d'une mimique aussi expressive que si cela avait un sens. On parlait de ses voyages et je lui demande :

D. — Vous avez été dans l'Alaska aussi?

R. — Oui (c'est inexact); nous verrons cela plus tard. Je vais m'engager comme aide de camp vétéran.

D. — Qu'est-ce que c'est que cela ?

R. — Ce sont vos affaires. C'est la mare en *Simée;* je regarde dans une mare, si je m'occupe de vos affaires : Aide de camp, c'est la mare en *Simée; l'azène* vous l'envoyez promener, toujours courir, pourtant loger quelque part, si vous faites courir de l'argile, il se logera dans *l'azène.* »

C'est évidemment sans aucune signification. C'est un langage, sans rapport avec une pensée quelconque, séparé complètement de l'intelligence. Il y a des moments où Giv... monologue ainsi dans la cour, inventant toujours de nouveaux mots d'une façon purement automatique. Il ne faut pas confondre ce *langage de perroquet, qu'il y ait des mots fabriqués ou non*, avec les autres formes où il y a des *mots fabriqués intentionnellement* (p. 108) ou symboliques, comme dans la folie des persécutions où cela a une toute autre signification (voyez p. 72 le diagnostic différentiel entre les différentes formes de langage à propos de l'incohérence). On le rencontre dans les états de démence alcoolique, de démence organique, de démence sénile où souvent il paraît sous forme de *radotage*, etc., — mais aussi dans les états où il y a une profonde confusion avec loquacité, comme j'en ai donné un exemple à l'incohérence (p. 69). En un mot, dans tous les états où il y a un affaiblissement profond de l'intelligence passager ou définitif. C'est une *discordance* entre l'intelligence et le langage. Elle est voisine de celle que j'appelle *litanie déclamatoire*.

Langage en écho (écholalie). — La jeune Harm..., est une idiote gâteuse, qui siège une grande partie de la journée sur une chaise percée. Elle sait parler, ne comprend pas ce qu'elle dit, mais un peu quelques-unes des paroles qu'on lui adresse. Elle retient les chansons qu'on a chantées devant elle et les reproduit avec une intonation fort exacte, les paroles sont seulement mal prononcées; pour la faire chanter, on n'a qu'à amorcer la chanson. Elle répète aussi en tout ou en partie les phrases qu'on dit devant elle, et cela alors comme un écho. Ainsi on dit : « C'est un perroquet, Albertine »; elle reprend : « Perroquet., Albertine ». « Tu n'auras pas de café » ; elle reprend : « Tu n'auras pas de café ». On dit tout haut devant elle : « Elle répète tout ce qu'elle entend »; elle reprend, en bafouillant, des mots qui se terminent par « entend ». Elle parle spontanément, surtout quand on fait du bruit dans la salle, et répète alors toutes les phrases qu'elle a entendues, comme le ferait un vieux perroquet. Elle y joint cette variété de « psittacisme », le *langage répété en écho.* Cette « écholalie » qui n'a pas beaucoup de valeur séméiologique peut se rencontrer dans beaucoup d'états d'affaiblissement acquis, passagers ou permanents. Il ne faut pas la confondre avec la répétition exprès, langage volontairement erroné par négativisme (p. 54).

Langage réflexe. — On rencontre un ami dans la rue, il vous interpelle : « Tiens, c'est cet excellent un tel ! » Et vous répondez, distrait : « Pas mal, et vous. » C'est une observation que tout le monde peut faire et que j'ai encore faite dernièrement pour ma part. C'est là du *langage réflexe*. — Cela se rencontre aussi chez des vieillards, ou des déments incapables de dire deux mots sensés, chez qui l'on peut déclancher des *formules automatiques* enracinées, comme ces phrases de politesse banale. — Cela n'a pas grande importance.

Langage avec persistance. — (« *Persévération* » *des Allemands, intoxication par le mot*). Bou... H., est un dément artériel (voyez l'obs. Compl.) très bas, à qui on montre un couteau; il dit que c'est un canif; on lui montre une scie; il répond : c'est un canif; il ne reconnaît pas un crayon, il dit : « Je ne sais pas. » On lui montre des clefs et il les nomme encore canif.

Cela montre la *persistance* du mot. Cela peut se rencontrer dans tous les cas d'affaiblissement intellectuel profond et aussi dans l'aphasie proprement dite. On en trouve des ébauches dans l'état du neurasthénique qui, surtout en écrivant, emploie, dans une même lettre par exemple, cinq ou six fois la même tournure ou les mêmes expressions. Cette *répétition* est intéressante à constater et à comparer aux autres phénomènes de *piétinement sur place* caractéristiques du neurasthénique. Cela correspond à la *persistance de certains mouvements*.

Jargonaphasie de l'aphasie de Wernicke. — Je renvoie aux traités sur l'aphasie.

Hallucinations verbales motrices. — Nous avons vu au chapitre Hallucinations que certains malades parlent involontairement plus ou moins haut, ordinairement à voix basse. Ce langage exprime bien une pensée, mais elle est considérée comme étrangère par les malades (voyez p. 134).

Impulsions verbales. — Certains persécutés se plaignent que leurs persécuteurs parlent par leur bouche, les font parler malgré eux (voyez aux Types clin.) ; certaines mélancoliques possédées sentent le diable leur faire prononcer des paroles qu'elles réprouvent, etc. Cela peut se relier à des idées délirantes multiples. Elles sont de même nature que les hallucinations verbales motrices, mais aboutissent à l'acte et sont des actes. J'ai déjà indiqué à l'Obsession (p. 182) qu'avec celle-ci il y peut y avoir des sortes d'impulsions : des mots que le malade prononce pour les *vérifier*

ou pour *faire cesser l'obsession.* Pourtant, on a décrit chez des obsédés de vraies impulsions verbales, qui ne sont peut-être que des tics (voyez ce mot, voyez aussi au chap. Volonté).

Stéréotypies verbales et litanie déclamatoire, « *Verbigeration* » *des Allemands.* — J'en ai déjà cité des exemples.

Je reprends celui de Mitr..., qui, dans son accès d'agitation, disait constamment pendant plusieurs jours de suite, les mots suivants : « Je le suis, je le sens, j'ai raison, parfaitement », avec une expression particulière et un ton chantant.

Pat..., les jours où il se livre à ses exercices de litanie, emploie le même ton chantant, déclamatoire et pathétique pour rabâcher :

Monsieur Vincent	cinq ans.
Embaude	cinq ans.
Emfer	dix ans.
Emmarmet	dix ans.
Emmor	dix ans.
Emcatholique	dix ans.
Emcatholique	dix ans.
Emquinze	dix ans.

Etc., etc. (On trouvera d'autres détails à l'observation complète), le tout indéfiniment, pendant des heures. Ces litanies ne sont pas toujours les mêmes, pas plus que les attitudes. Elles sont accompagnées d'une mimique expressive spéciale, déclamatoire, chantante, quelquefois avec un véritable chant, comme une mélopée, des gestes spéciaux et analogues aux grimaces, gestes excentriques des mains, des jambes, attitudes étranges etc., que j'étudierai plus loin.

Ces ébauches de stéréotypies verbales, qui sont moins durables que les stéréotypies motrices proprement dites, puisque certaines de celles-ci peuvent durer indéfiniment, se rencontrent avant tout dans les folies discordantes, c'est pour cela que j'en ai donné deux exemples, surtout accompagnées de ce ton spécial que les Allemands réunissent aux paroles prononcées pour en faire un tout, dénommé « *Verbigeration* » par Kahlbaum et que l'on peut appeler en français, d'un mot imagé, *litanie déclamatoire.* Mais les stéréotypies verbales, comme les autres, peuvent se montrer dans d'autres formes, dans les démences, spécialement dans la paralysie générale. Je renvoie à l'exemple (p. 209) de stéréotypie d'acte chez un P. G. . Il faut éviter de les confondre avec les mots fabriqués proprement dits, surtout du persécuté, qui en sont d'ailleurs très voisins, et avec les mots persistants. Le diagnostic se fait par la *répétition vraiment automatique* sans nécessité apparente. Il est parfois plus difficile de les distinguer

des formules de défense (p. 151). C'est l'ensemble qui lèvera les doutes.

Mutisme. — Une dernière forme de séparation de l'intelligence et du langage est l'absence de celui-ci : le *mutisme*. Je renvoie à l'article spécial ultérieur, car le mutisme a *plusieurs causes*. Je ne parle pas ici de la *surdi-mutité* à laquelle il faut penser, comme je l'ai constaté plusieurs fois.

CHAPITRE XVIII

RELATIONS DES ACTES AVEC LES IDÉES, LES SENTIMENTS ET LES ÉMOTIONS : LA VOLONTÉ.

Sommaire. — *Passage trop prompt à l'acte. Tendance à l'automatisme. Agitation.* — L'agitation exprime au dehors l'excitation intellectuelle; c'est le passage trop prompt de l'idée à l'acte. Sentiment subjectif de liberté; rapport avec l'émotion joyeuse ou l'excitabilité émotive.

Raptus. — L'émotion, colère, angoisse, peur, peut entraîner des actes soudains appelés raptus.

Impulsions. — Actes soudains irrésistibles sous l'influence d'idées délirantes, etc.

Actes attribués à d'autres personnes. — Impression d'être soumis à des influences étrangères. *Possession.* Passage aux hallucinations psycho-motrices.

Passage trop lent à l'acte. Affaiblissement de la volonté, « *aboulie* ». — Exemple chez un mélancolique ; ressenti par le malade. Dans la confusion il y a *effort* pour coordonner les idées. Dans les folies discordantes. Dans les démences et affaiblissements intellectuels. Au fond, il n'y a « aboulie » que lorsqu'elle est perçue par le malade. Stupeur.

Incertitude de la volonté. — Aspect particulier de l' « aboulie » chez le neurasthénique psychique. Un exemple. Différence avec la mélancolie ou l'hébéphrénie avec dépression consciente. Rapport avec le doute.

« *Aboulie* » *systématisée de Janet.* — Exemples. *Astasie-abasie.*

Impulsions obsédantes. — Exemples chez des psychasthéniques. Ces idées d'actes ne passent généralement pas à l'acte.

Actes obsédants. « *Délire du toucher* ». *Tendance à l'automatisme.* — Exemple chez des psychasthéniques. La *vérification*. Passage à l'acte de défense. *Acte de défense contre l'obsession,* «truc» moteur et psychique : signe de chronicité. *Mots obsédants.*

Tics.

Tics moteurs. — Un exemple chez une obsédée. Exemple d'un tic de vérification physiologique. *Tics verbaux.*

Stéréotypies. Grimaces et maniérisme. — Nombreux exemples chez des fous discordants. Rapport avec la stupeur, la catalepsie et le négativisme. Un exemple chez un P. G. . Un exemple chez une idiote. Grande ressemblance de ces stéréotypies de l'idiotie avec celles des folies discordantes. *Stéréotypies primaires et secondaires.*

Diagnostic. — Avec les tics, les actes liés aux obsessions, les actes de conjuration, le maniérisme des débiles.

Valeur sémiologique. — Grande. Indiquent l'affaiblissement ou l'idiotie. Se rencontrent surtout dans les folies discordantes, mais fréquemment aussi dans la démence infectieuse.

Agitation et impulsions purement motrices. — Impulsions sans idées chez les déments et idiots, les épileptiques, épilepsie procursive.

Actes imités automatiquement. — Dans la confusion, la stupeur, la catatonie, l'idiotie, le déséquilibre mental. Pseudo-imitation des faibles d'esprit.

Actes répétés automatiquement au commandement. — Dans les états ci-dessus.

Actes persistants. Persistance. — Exemple chez un P. G., chez un dément pseudo-aphasique. Dans les états graves de confusion, de stupeur, de démence.

Catalepsie. — Exemple chez un épileptique, chez un hébéphrénique; rapport avec la stupeur et les stéréotypies d'attitude. Dans l'hystérie : anciennes cataleptiques de Charcot.

Peut se rencontrer dans les délires toxiques, infectieux, les démences, la mélancolie, ordinairement liée à la stupeur ou à la confusion. Plus généralement dans les folies discordantes, surtout la catatonie. Alternance fréquente avec le négativisme dans la catatonie.

Apraxie.

Négativisme. — Renvoi à l'article antérieur.

Passage trop prompt à l'acte. Tendance à l'automatisme. Agitation. — Nous avons vu (p. 61) que l'*agitation motrice* exprimait au dehors l'*excitation intellectuelle*, et j'ai déjà dit que cette excitation consistait bien plus dans ce passage trop prompt de l'idée à l'acte que dans la prétendue accélération du courant de pensée. Si l'on demande à un maniaque, après sa guérison, de vous dire ce qu'il ressentait au point de vue volonté, il vous répondra que jamais les actes ne lui ont paru plus faciles ni plus libres (ceci s'il sait un peu observer). Chez lui, aussitôt présente à l'esprit, une pensée entraînait l'acte correspondant, de même que toute perception extérieure entraînait immédiatement l'attention. Il n'y a plus ni délibération ni incertitude. Cela donne une impression de force et de puissance particulière, bien illusoire, puisque le travail cérébral tend à devenir automatique, et ce de plus en plus à mesure que croît l'excitation. Il y a des rapports étroits entre cette prétendue « hyperboulie » des auteurs et l'émotion joyeuse ou l'excitabilité émotive des états d'excitation intellectuelle. Je crois peu utile de m'appesantir sur tout cela qui n'a qu'un intérêt psychologique. Et d'ailleurs, nous en avons déjà traité sous une autre forme quand j'ai étudié l'attention (p. 77).

Raptus. — Je rappellerai que la colère (p. 28), l'angoisse (p. 26), la peur (p. 27), peuvent entraîner aussi des actes spéciaux qui ont pour caractère d'être soudains, rapides, irréfléchis souvent, bref ce qu'on appelle des raptus. L'acte participe du désordre intellectuel que l'émotion a suscité et apparaît souvent après coup au malade comme non voulu, à moins que celui-ci n'ait trouvé dans l'émotion la force nécessaire pour accomplir cet acte prémédité de longue date, comme dans la mélancolie (p. 26).

Impulsions. — Enfin nous avons vu les sentiments, les idées délirantes, les hallucinations, entraîner des actes qui peuvent revêtir les caractères de l'impulsion, actes soudains, rapides, irréfléchis, mais qui ne sont pas reconnus par le malade comme un trouble de sa volonté, à moins que ces actes ne fassent partie d'un ensemble apparaissant après coup comme pathologique aux yeux même du malade, comme cela arrive dans l'épilepsie, etc.

Actes attribués à d'autres personnes. — Dans certains cas, surtout dans la folie des persécutions ou la folie mystique, le malade, se croyant soumis à des influences étrangères ou possédé, attribue certains de ses actes à ses ennemis et ne les reconnaît pas comme siens. Il prétend alors agir malgré lui, comme il prétend aussi parfois parler malgré lui : « on le fait parler » (ceci est voisin des hallucinations psycho-motrices).

Passage trop lent à l'acte. Affaiblissement de la volonté, « aboulie ». — Le mélancolique Cal..., (p. 24) est un bon exemple de ce qu'on appelle « aboulie », l'affaiblissement de la volonté. Il reste inerte sur sa chaise, ne s'occupe à rien, ne pense à rien, sauf à ses idées délirantes et à sa tristesse, qui sont d'ailleurs assez vagues, et quand on lui demande ce qu'il veut faire, il répond très bien lui-même « qu'il ne sait pas ce qu'il veut. » Aussi ne fait-il attention à rien, n'agit-il pas ; il faut le contraindre à agir, à marcher, à parler, à prendre soin de lui, etc. Cette lenteur, cette perte de la décision sont ici ressenties par le malade lui-même.

Chez le mélancolique, ralenti intellectuel, c'est donc l'inverse du sentiment éprouvé par l'excité, maniaque ou non. Non seulement la conduite du mélancolique, mais aussi son langage le plus souvent, nous revèlent ce qui se passe en lui, car il le sait en grande partie. On peut donc parler de *perte de la volonté*, car, envisagé sous cet aspect, le ralentissement du passage à l'acte présente de l'intérêt au point de vue psychologique ; cliniquement, l'ensemble des symptômes domine la scène pathologique.

Mais parlerons-nous longuement des « lésions de la volonté » dans tous ces autres états, délires toxiques, infectieux, épileptiques, etc., où la stagnation intellectuelle et l'incohérence des idées empêchent avec le fonctionnement normal de l'intelligence le fonctionnement normal de la volonté, c'est-à-dire *l'établissement des rapports normaux entre les idées et les actes?* Considérer la stupidité et la confusion sous ce point de vue serait très intéressant, mais surtout psychologique, et reviendrait à rechercher les différences intérieures du mécanisme entre l' « aboulie »

de la stupidité ou de la confusion, celle du mélancolique et celle du dément précoce. Je me bornerai à signaler ce *fait clinique* important : dans la confusion, il y a bien moins perte de la volonté qu'impuissance, *malgré elle*, à surmonter les obstacles apportés par l'incohérence et l'arrêt de la pensée, reconnus en grande partie par le malade. Le malade fait des efforts visibles pour arriver à coordonner ses idées, percevoir ou se souvenir. C'est même ce symptôme qui *complète* l'arrêt et l'incohérence pour former le *syndrome confusion*. Dans la démence précoce, la lésion de la volonté paraît fréquemment être voisine de celle de la mélancolie, au début surtout.

Dans les états de démence ou de faiblesse intellectuelle où l'*inertie intellectuelle* se traduit au dehors par l'*inertie motrice*, il y a « aboulie », non reconnue par le malade (sauf dans certains cas) (voir les syndrômes Démence et Arriération mentale).

Au fond, on ne peut parler d' « aboulie » que quand ce ralentissement du passage de l'idée à l'acte est connu par le malade lui-même, la « volonté » étant une impression subjective.

Quand ce ralentissement de l'idée à l'acte est extrême, il peut y avoir absence absolue d'expression, *stupeur*. Je renvoie à l'article spécial où je décris ce syndrôme, qui n'a probablement pas toujours le même mécanisme.

Lorsque j'ai étudié l'*attention dite volontaire* (p. 78) dans ces états, j'ai déja traité la question en partie sous la forme utile cliniquement. Reste pourtant à insister sur un type clinique où la « lésion de la volonté », « l'aboulie », joue un rôle important : je veux parler de la neurasthénie ou psychasthénie, parce qu'elle s'y présente sous un aspect particulier.

Incertitude de la volonté. — Biss..., neurasthénique psychique que j'ai déjà mentionné (p. 182) est plongé dans une profonde inertie par affaiblissement de la volonté, mais avec une nuance spéciale.

Sa femme nous dit : « Nous sommes sinistrés (inondation de janvier 1910), nous sommes chez ma sœur; nous ne pouvons rester indéfiniment..... J'aurais voulu qu'il aille dans sa famille et moi dans la mienne; je n'ai plus de meubles, je n'ai plus rien; nous avions 1^m, 30 d'eau, tout s'en va par morceaux. Il dit : « Moi, tu comprends, maintenant, rien ne peut plus m'émouvoir; je ne peux pas prendre de décision. » Il n'a même pas voulu venir jusque-là; moi j'y vais presque tous les jours pour nettoyer un peu et tâcher d'en tirer le plus que je pourrai.... ».

Déjà depuis quelque temps il passe ses journées au lit sans rien faire (« *manie lectuaire* » des auteurs) et il mange au lit parce qu'il prétend que ça l'étouffe

quand il mange levé, etc., ou plutôt il a peur d'étouffer. Il a un enfant qu'il aime beaucoup ; il craint tout pour lui, si bien qu'il lui arrivait de quitter son bureau deux fois dans la journée pour retourner chez lui vérifier que cet enfant n'a aucun mal, qu'il n'est pas malade. Il lui a pris en outre la crainte de le frapper quand il a un outil à la main ; mais cela se complique ; il fut pris de doute sur ce point même : « et je me demandais parfois, dit B..., si c'était un désir ou une crainte » de lui faire du mal.

Cette « aboulie » n'est pas tout à fait comme celle du mélancolique ou du dément précoce à « forme mélancolique », avec dépression consciente, qui est surtout une *absence* de toute volonté, une stagnation intellectuelle et motrice ; ici, elle est une *incertitude*, une hésitation, une *délibération prolongée*, qui est, sous l'aspect moteur, ce que, sous l'aspect intellectuel, on appelle le doute, car de même que Biss... ne « peut pas prendre de décision », c'est-à-dire qu'il n'arrive pas à connaître ce qu'il va faire, de même il ne sait pas si « c'est un désir ou une crainte » de faire du mal à son enfant qui le poursuit. Ne sachant pas se décider, il reste au lit, d'autant plus que devant le désastre qui crée une situation nouvelle, il faudrait faire un effort pour s'y adapter et il n'y arrive pas. Cela montre bien ce que c'est que l'acte *vraiment* volontaire : une adaptation à la nouveauté.

P. Janet donne le nom d'aboulie systématisée (1) aux « phobies » portant sur un acte déterminé ou une situation déterminée.

Mme Fau..., depuis une douzaine d'années, ne peut plus avaler la viande, car elle a peur de s'étouffer en la mangeant ; effectivement elle mâche presque indéfiniment ses bouchées de viande et même les recrache. Cette aboulie s'est étendue aux légumes, etc., de telle sorte que Mme F. se nourrit fort mal et est devenue tuberculeuse au premier degré. Elle ne peut pas non plus traverser une place (agoraphobie) et a des sueurs froides, une angoisse effroyable quand elle prend le Métro.

J'ai déjà indiqué d'autres phobies à propos des émotions. La crainte de tomber donne lieu à l'*astasie-abasie*.

Ainsi Tai..., épileptique, était aussi atteint de cette « aboulie systématisée » : il traînait ses pieds, marchant à petits pas, se tenant aux meubles un peu comme on marche dans l'obscurité, et se refusait obstinément à se tenir debout seul, à marcher seul ; il se faisait tenir par la main.

Cette incapacité d'acte particulier se rencontre souvent surajouté à une incapacité motrice réelle, organique, provenant de

(1) Voyez P. Janet. *Les névroses*, déjà cité.

tabès, de ramollissement cérébral, etc., qui est le point de départ, prétexte de l'astasie-abasie.

Impulsions obsédantes. — Biss..., ai-je dit, est pris de la crainte de frapper son enfant quand il a un outil à la main, mais il ne s'explique pas très bien sur ce point.

Mme Pou..., a cinquante ans; il y a trois mois elle est prise à son réveil, brusquement, de l'idée de s'arracher un œil avec la main gauche. Elle combat cette idée impulsive dont elle ne s'explique l'origine qu'en alléguant un rêve. Mais cette idée la poursuit sans cesse. Depuis quelque temps, une nouvelle idée s'est jointe à l'ancienne, celle d'étrangler son mari avec la main gauche. Elle sent des fourmillements, des sensations bizarres dans cette main gauche, qui lui font croire à un commencement d'action; mais celle-ci n'a jamais eu lieu. La lutte contre les impulsions obsédantes lui cause un « serrement d'estomac, qui est pris comme dans un étau »; elle pleure, se désole et songe au suicide pour échapper à ce tourment.

C'est ici une *obsession d'acte* qui est tout à fait comparable à l'obsession idéative proprement dite. Mais une question se pose : l'impulsion s'accomplit-elle? Les auteurs sont d'accord pour dire que c'est exceptionnel, très rare. Ils décrivent pourtant des impulsions non seulement au suicide, mais à l'homicide, à mettre le feu (pyromanie), à l'exhibitionisme, etc. Il faut probablement pour qu'il y ait accomplissement une complication particulière d'alcoolisme. Peut-être les impulsions dites obsédantes qui s'exécutent ne sont-elles pas vraiment du même ordre que les autres? Le cas de Gou... (p. 43), qui a fait plusieurs tentatives de suicide, montre bien que chez lui il y avait reconnaissance de l'impulsion au suicide; mais jusqu'à quel point ne voulait-il pas vraiment se suicider? Peut-être aussi a-t-on confondu des impulsions délirantes ou passionnelles avec les « conscientes ».

Ces impulsions obsédantes qui *se bornent à l'idée* semblent, elles aussi, se produire chez des gens qui ont la volonté incertaine. En tout cas, le mécanisme de la volonté est lésé, puisqu'il y a envahissement de la conscience par l'obsession contre laquelle s'exerce une vaine lutte; c'est de l'attention forcée.

Actes obsédants. « Délire du toucher. » Tendances à l'automatisme, à la répétition automatique. — Ce même Biss..., ai-je dit aussi, pris tout d'un coup à son bureau de l'idée que quelque malheur pouvait être arrivé à son enfant, retournait chez lui plusieurs fois dans la journée pour s'assurer que l'enfant était sain et sauf.

Je rappelle que le neurasthénique psychique Vra..., que j'ai déjà cité (p. 181)

pour l'obsession, a été pris plusieurs fois de l'idée que sa porte n'était pas bien fermée, en partant de chez lui. Il revenait pour opérer la vérification jusqu'à cinq et six fois de suite avant que l'acte lui parût suffisamment satisfaisant pour faire cesser le doute.

On trouvera aux Types clin. une observation de crainte des chiens enragés qui entraînait le lavage des cheveux de la malade pendant des nuits entières.

Ces actes obsédants se rencontrent donc chez des personnes qui présentent l'obsession, le doute pathologique et *l'affaiblissement de la volonté, l'incertitude*. Ils semblent être provoqués par le désir de *vérification*, le désir de combattre le doute ou la crainte, en un mot se rapprocher des actes de défense contre l'obsession. Mais je n'en rechercherai pas le mécanisme psychologique. J'en ai déja parlé à propos de l'obsession, qui en est très voisine.

Très voisins de ces actes obsédants de vérification se trouvent encore les actes et paroles que certains obsédés emploient pour combattre l'obsession et la faire cesser, *les trucs de défense*.

Ainsi, un obsédé, que je n'ai vu qu'une fois et très rapidement à la consultation de la Salpêtrière, passait sa main droite d'une certaine façon sur son front et il prétendait que cela faisait céder son obsession.

C'est généralement un signe de *chronicité* de l'obsession.

Parmi ces actes obsédants, on peut aussi trouver des mots prononcés, *mots obsédants*, dont j'ai déjà signalé l'existence (p. 199). Mais on peut se demander si leur mécanisme est le même ; si ce ne sont pas plutôt des impulsions obsédantes suivies d'effets, ou des tics. Au point de vue clinique pur, cette distinction n'a peut-être pas grande importance, d'autant que les auteurs ne paraissent pas s'accorder sur le mécanisme psychologique de ce phénomène, pas plus que sur les tics proprement dits (1).

Tous ces symptômes divers seront mieux compris par le lecteur, quand celui-ci les trouvera réunis dans la description d'ensemble des Types cliniques de la neurasthénie.

Tics. — Mme Val..., qui vient consulter pour des craintes obsédantes de maladies, présente des mouvements spasmodiques localisés à la partie supé-

(1) Malgré les études si intéressantes et fructueuses auxquelles se sont livrés les psychologues sur la psychasthénie, il ne semble pas que nous ayons encore une vue très claire de l'état psychique de ces malalades. Cela n'est pas étonnant; ceux-ci, même cultivés, ne peuvent vraiment se rendre compte eux-mêmes de ce qu'ils éprouvent d'une façon complète.

rieure du corps. Sa tête est brusquement fléchie à gauche et en arrière, tandis que sa face est tournée vers la droite. Dans le même temps, l'épaule gauche se soulève, l'œil droit se ferme et la mâchoire inférieure est portée à droite. Ce mouvement convulsif et complexe de la tête est accompagné de mouvements du bras droit moins fréquents. Ce tic s'exagère après la fatigue, au moment des règles, etc. Il semble avoir pris naissance dans l'acte complexe de rejeter des mèches de cheveux qui tombent sur le front de la malade et qui la gênaient. Ce geste est devenu peu à peu automatique, une habitude que la malade ne peut s'empêcher de suivre. Ce tic s'est atténué sous l'influence du traitement et par un changement de coiffure en faisant relever les cheveux en arrière.

D'autres tics paraissent plus voisins des actes obsédants décrits plus haut et paraissent se rapporter à un besoin de vérification sous l'empire du doute comme point de départ. J'ai pu observer un cas curieux rentrant dans la normale et qui est le suivant :

Un membre d'une Société dont je faisais partie M. I... est arrivé à une séance de cette Société, la boutonnière ornée pour la première fois du ruban rouge. Pendant toute la délibération, cet homme, d'ailleurs distingué, n'a cessé de tâter automatiquement avec sa main gauche sa boutonnière rougie pour s'assurer de la présence de l'insigne, probablement depuis longtemps convoité. C'était un vrai tic qui fut passager.

Les tics sont innombrables comme les obsessions, et comme à elles on leur a donné des noms grecs. Je n'en citerai qu'un, très fréquent chez les enfants, c'est le tic de se ronger les ongles ou « onychophagie » (1). Je rappellerai aussi les tics verbaux.

Stéréotypies. Gestes, actes et attitudes stéréotypés. Grimaces et maniérisme. — Mme L..., déjà citée à plusieurs reprises, démente précoce à forme paranoïde présente, parmi ses idées de grandeur, celle-ci : une nuit, Jésus-Christ, qui est venu coucher avec elle, lui a apporté une couronne en diamants et la lui a mise sur la tête. Avec la main elle décrit un cercle sur ses cheveux pour indiquer la couronne. Chaque fois qu'elle parle de cette couronne, elle fait le geste à l'appui. Puis, peu à peu, ce geste est devenu automatique et a été fait non plus seulement sur sa tête, mais devant elle, tantôt à propos de la couronne, tantôt à propos d'autre chose sans aucun rapport avec une couronne.

C'est là le type complet de ce que l'on appelle geste stéréotypé. C'est un geste *motivé par une idée*, délirante ordinairement, qui se répète indéfiniment et qui finit par devenir *automatique, indépendant de l'idée mère*. Il y a séparation de l'idée et de l'acte.

(1) Le tic de Salaam est un équivalent épileptique.

Pon..., (déjà cité), fou discordant, a de nombreuses stéréotypies : il marmotte constamment en regardant de côté ; il fait une grimace spéciale : il renifle fréquemment en relevant les sourcils d'un air niais et étonné. Il marche d'une façon saccadée, à petits pas, en marquant un temps d'arrêt comme s'il ne pouvait détacher le pied du sol. Lorsqu'on l'interroge, il répond avec une mimique gauche et maniérée indéfinissable. Lorsqu'il va se coucher, il fait pendant cinq minutes une marche alternativement en avant et à reculons près de son lit, puis se met dans son lit à croupetons.

Cette attitude constitue ce qu'on appelle une *stéréotypie d'attitude* ou parfois, mais par abus de langage, attitude catatonique, parce qu'elle se rencontre fréquemment dans la catatonie, forme de « démence précoce ». Il est difficile de connaître l'origine de ces stéréotypies, car lorsqu'on interroge sur elles le malade, ses réponses sont assez incohérentes. Pourtant, il est possible qu'elles se rapportent à ses blessures, car il dit : « Les parties blessées par les diverses opérations (nécessitées par des tentatives de suicide) doivent être très fatiguées depuis le temps qu'elles ont été bousculées ; les plaies existent toujours, il y a un peu de fièvre, etc. »

Un autre dément précoce Lan... P. A. reste invariablement planté tout droit dans la cour, contre le mur, au même endroit, la tête baissée, immobile, sauf qu'il se passe de temps en temps la main gauche sur la tête.

Une démente précoce, Marg..., déjà citée pour son négativisme, reste des journées entières debout dans le corridor. Elle finit par être tellement fatiguée que si on la pousse, elle tombe. On l'assied de force, elle se relève immédiatement. Un jour, elle est restée six heures et demie de suite debout, fixe, sans parler ni bouger. Un autre jour elle est restée debout de neuf heures et demie du matin à midi et de une heure à sept heures. Elle se tient tantôt les pieds rapprochés, tantôt les jambes aussi écartées que possible, ou bien les pieds tout de côté, etc.

Ces *attitudes persistantes*, ces manières bizarres sont dans d'étroits rapports avec les attitudes cataleptiques (voyez plus loin), la stupeur des déments précoces et leur négativisme.

Le paralytique général Cro... est complètement incohérent, satisfait et bredouillant. Un matin, deux mois après son entrée, il s'installe sur un banc dans la cour ; assis, il se met à compter à voix basse d'abord, puis de plus en plus haute jusqu'à crier, de 1 à 500, en frappant du pied gauche le sol avec force. En même temps, il tourne la tête à gauche, roule les yeux, serre les dents, surtout lorsqu'il énonce des chiffres où il y a des R. A la fin de l'opération, il gesticule, se roule sur le banc ; sa mimique est celle d'un homme furieux. Chaque matin il recommence ce manège qui dure quelque temps ; et il a fini par creuser un trou dans une pierre qui se trouve frappée avec force par son talon gauche, tellement est invariable la place qu'il occupe et la ma-

nœuvre qu'il exécute. On obtient un jour une explication incohérente de cet acte stéréotypé : « C'est l'électricité ; c'est pour envoyer des baisers à ma femme, au soleil. » Un autre jour, on invite le malade à se lever au milieu de la série de coups, il emboîte le pas au surveillant, puis continue à circuler, mais en continuant à frapper du pied et en faisant des gesticulations. Cette stéréotypie, qui ne paraît pas aussi bien ancrée que les précédentes, a été interrompue au bout de trois mois par l'aggravation notable de l'état du malade qui fut confiné au lit par des crises épileptiformes, bientôt suivies d'escarres et de mort.

Il est assez difficile ici de saisir l'idée ou les idées qui ont donné naissance à ces attitudes et à ces gestes stéréotypés et l'exemple n'a pas la pureté et la netteté du premier.

Moni... est une idiote aveugle qui ne peut se tenir sur ses jambes. Elle est occupée constamment à faire le geste de compter sur ses doigts avec les mains élevées à la hauteur du visage, en les agitant bizarrement.

J'ai dans mon service plusieurs idiots qui font le geste de considérer un objet absent tenu entre les doigts et élevé auprès de l'œil, en le retournant sous toutes les faces, etc. Ces gestes ont d'innombrables variétés. Il y en a d'autres. Le balancement est fréquent, mais on peut se demander si ce n'est pas une sorte d'exercice plutôt qu'une stéréotypie. Le grincement de dents est fréquent chez les idiots et aussi chez les P. G. etc. On voit que pour ces dernières stéréotypies il est difficile d'en trouver l'origine dans une idée. On admet que ce sont des actes *purement automatiques* ; on les a appelés *stéréotypies primaires*, par opposition aux autres, où il y a une idée qui leur a donné naissance, *stéréotypies secondaires.* Il y a une grande ressemblance des gestes stéréotypés, souvent mêmes gesticulations des doigts chez les déments précoces et chez les idiots.

Diagnostic. — On doit distinguer ces stéréotypies des *tics* en premier lieu, puis des *actes liés aux obsessions* et enfin des actes de *conjuration* des persécutés ; c'est-à-dire qu'il faut derrière l'acte déterminer l'état mental. On doit distinguer aussi le *maniérisme du débile* (Voyez l'art. Débilité).

Valeur sémiologique. — Elle est grande, car elle indique toujours un affaiblissement intellectuel ou l'idiotie. Ces stéréotypies sont tellement fréquentes dans la démence précoce qu'elles sont *presque* caractéristiques; cependant, on en rencontre dans les démences ordinaires surtout *infectieuses* (Voyez un exemple p. 350), qu'on prend à tort pour de la démence précoce.

Agitation et impulsions purement motrices. — Chez un certain nombre de déments et d'idiots, il y a des accès d'agitation automatique ou des impulsions violentes qui ne semblent en rapport avec aucune idée ou émotion quelconque. On voit surtout ces impulsions chez les épileptiques où elles paraissent liées à une crise ou en être l'équivalent. Ainsi dans l'*épilepsie procursive*, le malade, après ou avant l'accès, se met à *courir automatiquement* d'une façon tout à fait aveugle, bien que parfois il évite et contourne les obstacles. Il paraît bien que ce soit le mécanisme moteur seul qui soit en jeu. Des actes analogues sont accomplis aussi par des déments sans qu'il soit possible de les rapporter à aucune source intellectuelle ou émotive quelconque. Il est bien inutile que j'en donne des exemples ici. Mais cela a de l'importance au point de vue pratique du *danger* que peuvent présenter ces malades.

Actes imités (« Echopraxie »). — Dans quelques cas de délire toxique, infectieux, épileptique, etc., sous la forme d'une profonde stupidité, dans quelques cas de démence ou de démence précoce, il y a imitation automatique des actes faits devant le malade. Il en est de même chez certains idiots et chez certains détraqués.

Il faut les distinguer des actes imités uniquement par *docilité* chez des imbéciles et déments.

Actes répétés automatiquement au commandement (Befehlsautomatie des Allemands). — Très voisin du précédent est le symptôme d'obéir en *automate* à tous les ordres donnés (Voyez l'obs. de Bot...). Il se rencontre dans les mêmes états que les actes imités et dans la stupeur. C'est ce qu'on appelle aussi de la suggestibilité pathologique, inverse du négativisme (Voyez ces mots). C'est l'analogue de la parole en écho ou imitée (Voyez p. 197), ou répétée sur commande.

Actes persistants. Persistance. (Persévération des Allemands.) — Sal... est un paralytique général qui entre à Bicêtre dans un état somatique mauvais ; il est gâteux et ne tient pas sur ses jambes. Il est tout à fait désorienté et incohérent. On lui dit de tirer la langue, il la tire et on voit qu'elle tremble de la pointe. On lui dit de fermer les yeux, il le fait et rentre bien sa langue. Mais lorsqu'on lui enjoint de lever le bras droit, il garde les yeux fermés. On lui ordonne alors d'enlever sa casquette de la main gauche, il l'ôte en gardant l'attitude précédente. Enfin, sur une nouvelle injonction, il ouvre l'œil droit mais tout le reste persiste environ trois minutes.

Mas... est un dément pseudo-aphasique. On lui demande de tirer la langue, il le fait puis la rentre. On lui demande de fermer les yeux, il les ferme, mais retire la langue.

C'est ce qu'on appelle *persistance d'un acte* analogue à la *persistance* d'un mot. Les deux exemples donnés ne sont pas tout à fait comparables, mais cela n'a pas une grande importance. On rencontre ce phénomène dans les états intenses de stupeur, de confusion ou de démence. Il parait probable qu'il y a une parenté entre ce phénomène et les stéréotypies.

Catalepsie (1). — Mlle Mar... est une épileptique qui vient d'avoir des accès et qui, à la suite, reste dans un état de délire épileptique avec demi-stupeur et demi-confusion; elle est immobile dans son lit, sans bouger ni parler. Interrogée, elle répond assez bien aux questions, n'est pas très désorientée, mais prétend avoir vu tout à l'heure son frère « là dans la cour ». Elle semble donc avoir par moments des hallucinations visuelles. Ce qui frappe chez elle, ce sont les phénomènes cataleptiques. Les muscles des membres sont en résolution complète; on peut leur imprimer la position que l'on veut; les membres laissés à eux-mêmes retombent. Mais si, après avoir levé un bras étendu, on imprime une légère traction à celui-ci, il reste figé dans l'attitude imposée. Ceci est le phénomène dit cataleptique. Chez cette malade, il y avait en outre la *flexibilité cireuse*, c'est-à-dire que les membres, une fois en catalepsie, pouvaient, telle une cire molle, être placés sans résistance dans une position quelconque et y rester. La catalepsie persistait pendant plusieurs minutes, plus de temps qu'une femme normale aurait pu volontairement garder les membres dans la même position. Le membre retombait ensuite lentement. Parfois la malade mit fin spontanément à l'attitude.

On doit savoir d'ailleurs que le phénomène est parfois très *variable* dans son intensité et sa durée d'un moment à l'autre.

Bel... Jean (dont on retrouvera une courte observation plus loin), venu pour consulter à la Salpêtrière, a l'aspect figé, stuporeux; il répond avec difficulté et avec incohérence; quand on lui élève un bras, celui-ci garde l'attitude imprimée. Le même jour il a pris spontanément des attitudes étranges, stéréotypies d'attitudes, qui ressemblent tout à fait à des attitudes cataleptiques imposées. On voit ici l'étroite parenté entre les persistances stéréotypées, la catalepsie et la stupeur.

Enfin, je rappellerai qu'autrefois chez Charcot, où on cultivait l'hystérie et la suggestion, la période cataleptique de l'hypnotisme présentait un développement extraordinaire. La célèbre Blanche

(1) Je crois devoir employer ce terme de préférence à catatonie, parce que celui-ci sera réservé pour une forme de la folie discordante, et bien que celui-là ait été employé surtout pour l'hystérie. Lasègue (Catalepsies partielles et passagères, *Arch. gén. de médecine*, octobre 1865, et *Et. méd.*, t. I, p. 899) a montré que ce symptôme pouvait se rencontrer en dehors de l'hystérie et il donne deux cas qui semblent bien être des stupeurs infectieuses. Il n'est pas inutile de rappeler ce petit point d'histoire.

W... avait des attitudes cataleptiques tout à fait remarquables. Ces phénomènes curieux, mais artificiellement provoqués, se voient maintenant très rarement.

Cette catalepsie, que l'on appelle quelquefois catatonie (mais à tort), à cause de sa fréquence et de sa prédominance dans une forme de la folie discordante peut se rencontrer dans tous les délires d'origine extérieure, pourvu qu'il y ait en général stupeur ou confusion, dans quelques cas de démence organique, dans la mélancolie avec stupeur, mais plus ordinairement dans la démence précoce. Ce symptôme seul ne peut donc servir à établir un diagnostic; il faut tenir compte des symptômes environnants.

Un état qu'il ne faut pas confondre avec celui-ci, bien qu'il s'en rapproche peut-être, est la *pseudo-catalepsie des débiles* et arriérés, qui gardent par docilité, et sans fatigue, l'attitude qu'on leur impose.

Un autre état analogue est celui de la *résistance à la fatigue* chez les enfants du premier âge, ainsi que l'a montré tout récemment André Collin (1).

La catalepsie alterne souvent avec le négativisme (voyez p. 54), ce qui n'est même pas un signe absolu de démence précoce.

Apraxie. — Aum. ., âgé de cinquante et un ans, arrive à Bicêtre dans un état grave. Il est artério-scléreux, avec claquement aortique, cercles cornéens, emphysème pulmonaire, faiblesse musculaire extrême plus accusée à gauche. Albumine abondante dans l'urine. Gâtisme. Il présente un bavardage incessant et complètement incohérent avec agitation motrice, surtout nocturne, pendant les quatre jours où il est resté dans le service, car il est mort au bout de ce temps. C'est de la démence organique compliquée d'auto-intoxication d'origine rénale. Il ne reconnaît rien ni personne, ne répond à aucune question. Gestes incohérents Quand on lui donne une brosse, il la prend par les poils et la laisse tomber; sa cuiller, il la prend par le bec et suce le manche, etc.; bref, il ne sait plus se servir des quelques objets usuels qu'on lui met entre les mains. Il a donc perdu le souvenir des actes en relation avec tel objet donné.

C'est ce qu'on appelle de l'apraxie. Cela fait le pendant de l'aphasie que l'on peut aussi rencontrer dans les mêmes conditions. Mais on décrit aussi, encore comme l'aphasie, l'apraxie *isolée* avec conservation relative de l'intelligence, peut-être par lésions circonscrites. Ces faits, intéressants au point de vue pa-

(1) Voir André Collin, Procédés de recherche de la résistance à la fatigue chez l'enfant. *Gaz des Hôpitaux* du mardi 20 juin 1911, n° 69.

thologique pur et psychologique, n'ayant qu'une faible valeur ea psychiâtrie clinique ordinaire, je les signale seulement ici.

Négativisme. — J'en ai déjà parlé (p. 54). Je dois seulement rappeler que Kraepelin paraît en faire dans certains cas une sorte d'association *automatique* des mouvements *antagonistes*, très analogue en somme à l'association des images par contraste. Jusqu'à quel point cela est-il vrai, je ne le discuterai pas ici. Il est si difficile de savoir ce qui se passe chez les déments précoces.

CHAPITRE XIX

LE CARACTÈRE

Sommaire. — *Changement de caractère* au début de beaucoup d'affections mentales. Très important pratiquement.
Développement anormal dans une direction. — Dans certains cas, surtout chez les fous systématiques, le trouble mental *semble* être le développement anormal du caractère antérieur.
Caractère congénitalement anormal. — Chez les déséquilibrés.

Le caractère est la façon de réagir de l'individu au monde extérieur, sa conduite ordinaire. C'est en somme la résultante des émotions, instincts, penchants, sentiments, et de la compréhension des choses, c'est-à-dire de l'intelligence. Tel est courageux ou poltron, avare ou prodigue, dur ou tendre, prompt ou lent, large ou étroit, facile ou tâtillon, etc. J'ai indiqué à propos des sentiments les différents aspects particuliers que peut prendre le caractère général de l'aliéné suivant le type clinique (voyez p. 53). Je n'y reviendrai pas ici. Ce qu'il y a d'important sémiologiquement dans la considération générale du caractère se réduit à peu de chose.

Changement de caractère. — Ceci est très utile à rechercher dans les antécédents du malade.

Par exemple, Mme Sé..., vient me raconter qu'elle ne sait pas ce qu'à son mari; il devient triste, négligent, et paraît ne plus s'intéresser à ses affaires, lui qui était toujours plongé dans son métier. Elle craint qu'il ne soit malade. Examen minutieux fait, on relève quelques signes discrets de paralysie générale, un léger accroc de la parole, une physionomie affaissée et inerte, la paresse pupillaire à la lumière. Ce changement de caractère indiquait le début de la méningo-encéphalite.

D'autres fois, le malade devient dépensier, ou joueur, ou coureur, violent, excité génésiquement ou l'inverse, etc., et ceci est toujours l'indice de l'imminence de cette affection. Si je prends cet exemple de la paralysie générale, c'est qu'il est très fréquent et que l'on doit toujours y penser, chez un individu, surtout un

homme, entre 35 et 55 (parfois plus tôt ou plus tard). Dans l'alcoolisme chronique le changement de caractère est un des bons signes de l'intoxication invétérée.

Chez les jeunes gens on pensera à la « démence précoce » et chez les vieillards à la démence sénile ou organique, etc. Mais ce changement peut se rencontrer au début de toutes les formes de troubles mentaux aigus ou chroniques.

Il va sans dire que les troubles mentaux où il y a alternance de dépression et d'excitation ou intermittence, donnent naissance à des changements de caractère qui parfois, avant tout signe vraiment pathologique, font prévoir l'accès aux personnes qui connaissent le malade : cela est surtout utile dans l'épilepsie.

Développement anormal du caractère dans une direction. — Ceci a principalement lieu chez les persécutés qui, soupçonneux et rapportant tout à eux, finissent par aboutir à l'égoïsme pathologique avec ses variétés qui caractérise ce genre de folie.

En sens inverse, les douteurs, timides, scrupuleux, versent souvent dans l'obsession ou la folie du doute ou les phobies variées.

Chez les « passionnés », érotiques, joueurs, avares, collectionneurs, etc., etc., on voit avec ce développement de l' « idée fixe » croître de plus en plus jusqu'à l'état pathologique la déviation du caractère.

Dans tous ces cas le trouble mental *semble* être un développement anormal du caractère antérieur.

Caractère congénitalement anormal. — Il s'agit de ces gens qui sont *sur la lisière de la folie* (comme les précédents, douteurs ou passionnés, avec lesquels la distinction n'est pas tranchée), par-dessus laquelle ils passent assez fréquemment, et qui, toute leur vie, depuis leur enfance, ont été anormaux, « pas comme les autres », instables, irréguliers, impulsifs, entêtés et suggestibles, menteurs et crédules, vaniteux, susceptibles, imprévoyants, etc. Ce sont eux que l'on décrit sous le nom de dégénérés, déséquilibrés, fous moraux, fous du caractère, raisonnants, etc., et que je groupe sous le titre général de déséquilibrés (voyez les chapitres sur le Déséquilibre mental).

CHAPITRE XX

LES SYNDROMES : STUPIDITÉ, STUPEUR (1), EXTASE, CONFUSION, MUTISME, DÉLIRE DE RÊVE (2)

Sommaire. — *Stupidité, confusion et stupeur.* — Exemple de stupidité avec stupeur chez un épileptique alcoolique. Exemples de stupeur dans les folies discordantes, dans la mélancolie. Il y a donc stupeur liée à la stupidité ou à la confusion, c'est-à-dire arrêt de l'expression motrice par absence de chose à exprimer. Dans la mélancolie, s'il y a aussi arrêt de la pensée, elle paraît moindre ; il y a plutôt stupeur par *arrêt séparé* de l'expression. Dans la catatonie, il semble aussi qu'il y ait une certaine indépendance entre l'arrêt ou l'inertie intellectuelle et la stupeur ou arrêt de l'expression. Rapport dans ce cas avec la catalepsie et le négativisme. Stupeur chez un P. G.

Définition de la stupeur : suspension ou ralentissement extrême des mouvements dits volontaires et de la mimique, avec mutisme plus ou moins accusé. Elle peut s'accompagner de négativisme et de catalepsie. Mais il n'y a pas parallélisme entre l'arrêt de la pensée et l'arrêt de l'expression.

Extase. — Un exemple : aboutit à la stupeur.

Rappel de la catalepsie totale chez les hystériques et hypnotisées de Charcot.

Il y a des degrés à la stupeur. Elle se rencontre souvent avec la confusion et le délire de rêve.

Diagnostic. — Pseudo-stupeur de l'aliéné attentif. Masque du dément, surtout du P. G. L'inertie intellectuelle des vieux déments.

Valeur séméiologique. — Importante. Confusion et stupidité, hébéphrénie et catatonie, mélancolie, épisodes dans les démences.

Stupidité et confusion. — Un exemple typique chez un épileptique. La confusion est un syndrome où, à l'arrêt du courant des idées, se joint l'incohérence, la confusion, et l'effort pour surmonter l'obstacle à la pensée : il y a désorientation dans le temps et le monde extérieur, et même parfois il y a perte des notions personnelles, perte de l'attention intérieure et extérieure, de la mémoire, de l'imagination ; une gêne considérable au travail intellectuel qui dévie souvent vers le délire de rêve ; les émotions et les sentiments sont également confus ; la mimique typique est un mélange de stupeur (stupidité) et d'égarement avec mutisme. Ce syndrome est très près de la stupidité, qui n'en est que le degré extrême, l'arrêt presque absolu de tout fonctionnement intellectuel. On peut sans inconvénient prendre ces deux mots comme synonymes. La confusion oscille entre la stupidité et le délire de rêve. Elle est souvent compliquée d'excitation : alors l'incohérence automatique masque la confusion. Plus « consciente » chez le

(1) Je décris ici la stupeur à cause de ses rapports avec la confusion.

(2) Chaslin, *La confusion mentale primitive*, Paris, 1895. — Régis et A. Hesnard, Les confusions mentales, *in Traité int. De Psych. Path.*, t. II, 1911, p. 795.

psychasthénique et très atténuée. Peut se rencontrer dans tous les délires de cause externe reconnue.

La confusion est en somme une démence aiguë, curable, un affaiblissement intellectuel *voisin* de la démence, qui, elle, est incurable.

Confusion secondaire. — Dans le délire hallucinatoire très intense. Peut se surajouter à la primitive.

Diagnostic. — Avec le syndrome démence : masque du confus ; différence dans l'incohérence ; il n'y a pas égarement dans la démence, ni délire de rêve. Difficultés. Chercher l'état somatique. Difficultés lorsqu'il y a coexistence de la démence et de la confusion. Avec le syndrome de Korsakoff.

Valeur sémiologique. — On fera le diagnostic différentiel par les autres signes, surtout le délire de rêve ou les signes somatiques et surtout les commémoratifs. Parfois impossible.

Confusion chronique. Suite de trouble mental avec confusion. Dans la démence épileptique.

Mutisme. — Tableau résumé.

Délire de rêve. — Un exemple par choc émotionnel et abus d'absinthe. Définition : rêve kaléidoscopique surtout visuel, avec illusions et hallucinations de tous les sens et idées délirantes. Émotions appropriées. Réactions variables suivant le type clinique.

C'est une variété du délire incohérent.

Relations variables avec le monde extérieur dans le délire de rêve. Confusion secondaire. Stupidité.

Valeur sémiologique. — Particularités dans le délire alcoolique (anxieux), dans l'épilepsie (mystique) ; signes somatiques dans les infections : commémoratifs dans le traumatisme ou le choc émotionnel. Peut se rencontrer dans l'hystérie et la folie mystique.

Remarque. — Rapports étroits entre le délire de rêve, la stupidité et la confusion. La stupeur est un peu à part.

Souvenir du délire de rêve, de l'état de confusion. — Variable.

Reliquat du délire de rêve. — Laisse parfois une idée délirante, reliquat qui va en s'amoindrissant jusqu'à la guérison totale. Un exemple inverse (voyez plus loin).

Rêve prolongé. — Chez certains imbéciles, déséquilibrés, déments séniles ; peut être la source de faux souvenirs.

Délire de rêve systématisé. — Dans quelque cas rares.

Stupidité, confusion et stupeur.

Me..., voleur de son métier, est un épileptique et alcoolique, qui avait été amélioré pendant un séjour à Bicêtre grâce à une sévère privation d'alcool. Quelques mois après sa sortie, il est ramené parce qu'il avait été pris d'accès sur la voie publique. Arrivé dans le service il a des accès multiples (mais pas d'état de mal), à la suite desquels il tombe dans un état de stupidité avec stupeur. Maintenu couché, il reste complètement inerte dans son lit, sans aucune expression de physionomie (stupeur), ne répondant pas aux questions (mutisme) ou à peine et très lentement, à voix basse et fatiguée. Cette suspension de l'activité motrice est en rapport avec la suspension presque totale de l'activité intellectuelle. Cet état dura une semaine et ne se reproduisit plus par la suite.

C'est à ces états que Delasiauve donnait le nom de stupidité ou de démence aiguë.

Dumn..., déjà cité, 23 ans, musicien russe, entre lentement dans mon cabinet à Bicêtre, le 4 décembre 1909, la tête couverte de sa casquette, penchée en avant, les yeux à moitié fermés, sans aucune expression de physionomie. Il reste debout, immobile, les bras ballants, la tête aussi un peu penchée en avant. Il semble ne rien voir, ne rien entendre, ne rien comprendre, il ne répond rien aux questions faites en français et en allemand (mutisme.)— On l'asseoit sur une chaise ; il se laisse faire. On le fait lever de nouveau; il s'affaisse à moitié penché et appuyé contre le mur, la tête en avant, les bras ballants, les jambes demi-fléchies — catalepsie du bras droit pendant six minutes. — Négativisme : quand on veut examiner ses yeux, il les ferme; quand on soulève les paupières, il ne regarde pas, mais son regard fuit celui du médecin, en haut, en bas, à droite ou à gauche. — On le fait remonter se coucher, il se couche en chien de fusil. — Il est maigre et pâle. A part cela, rien de particulier à noter au point de vue organique. — Une fois couché, il avale la nourriture qu'on lui présente à la bouche, mais ne la prend pas lui-même.

10 décembre 1909 — Le malade est resté dans le même état depuis l'entrée. Stupeur et mutisme complets, reste couché en chien de fusil (stéréotypie d'attitude) dans son lit, ne mange que quand on lui met les mets dans la bouche. — Gâtisme. On l'examine de nouveau dans son lit : il garde au début de cet examen une immobilité absolue ; rien dans son corps ni sa figure ne bouge : figure de marbre. Il ne répond rien, pas même aux questions posées en allemand qu'il comprend, comme nous l'apprend son oncle qui est venu le voir et qui essaie vainement aussi de le faire parler en russe. Négativisme : le malade serre les dents quand on tente de lui ouvrir la bouche ; il résiste quand on veut lui faire pencher la tête ; il ferme les yeux tant qu'il peut quand on essaye de relever les paupières et cache en haut ses pupilles quand ses paupières sont relevées. Comme on insiste pour le faire parler, il finit par tourner les yeux et la tête du côté opposé ; sa mimique esquisse une expression de vague ennui. Pourtant, sans donner la main spontanément, il ne fait pas de résistance quand on la prend. Catalepsie : on met ses bras et ses jambes dans les positions que l'on veut et qu'il garde fort longtemps ; puis les membres reprennent lentement leur position primitive.

21 décembre 1909 — Même état de stupeur. Pourtant, quand je viens à son lit, le malade jette de temps en temps un regard furtif sur les personnes qui l'entourent. Catalepsie comme ci-dessus, mais il faut solliciter les membres par une traction légère plus marquée que la dernière fois. sans cela la résolution est absolue. On le pince ; il fait des mouvements de recul, puis ébauche un mouvement d'une main. — A deux reprises, il a répété le geste du pincement en se pinçant lui-même (« Echopraxie », imitation des actes). — Négativisme pour l'ouverture de la bouche et tirer la langue, mais D... se laisse ouvrir les yeux. Paraît moins ennuyé par l'examen. — Après cet examen, on lui met sur son lit un gobelet rempli de lait avec du pain et on l'incite à manger. Aucune apparence d'avoir compris. En continuant la visite de la salle, je m'éloigne de son lit, je le perds de vue, puis je reviens à lui. Le malade est tourné du côté du lit où est le gobelet et il a pris à la main un morceau de pain qu'il trempe avec une extrême lenteur dans le lait ; il semble se disposer à manger furtivement. Il nous aperçoit ; nous jette un regard assez rapide et ses mouvements s'arrêtent.

Il semble bien que le diagnostic à poser est celui de démence précoce, car il n'y a pas de bonnes raisons pour rapporter cette stupeur à un trouble de cause externe, et les renseignements fournis par l'oncle du malade sur le début et la marche de l'affection sont tout à fait en faveur de la démence précoce.

Cha... R. âgé de 30 ans, est, lui aussi, dans la stupeur lorsqu'il est amené dans mon cabinet à Bicêtre (27 novembre 1909). Il entre lentement sans regarder personne; il se tient assez droit, les bras ballants, fixé au sol là où il est arrêté et complètement immobile. Il ne répond à aucune question, n'exécute aucun ordre. Sa figure a une expression particulière tout à fait fixe : celle de l'inquiétude et de la tristesse; le front plissé figure l'oméga du mélancolique, la bouche est tirée d'un trait amer, les paupières sont animées d'un battement assez rapide. Le teint est jaune et l'aspect très amaigri. L'examen couché ne donne rien de net, d'autant plus que le malade se dérobe autant qu'il peut à l'examen (Négativisme). Notamment, la respiration superficielle ne permet pas de trouver quoi que ce soit d'anormal dans les poumons. Pourtant il semble que les réflexes pupillaires à la lumière soient affaiblis. Pas de catalepsie. Petites escarres à la région sacrée.

21 décembre — Même état : gâtisme. Le malade est couché sur le dos dans son lit, la tête droite et immobile, les paupières battantes, l'air inquiet et préoccupé, avec l'oméga. Il résiste quand on veut lui faire montrer sa langue. Il mange seul et facilement quand on lui met les aliments dans les mains. Il serre faiblement la main quand on lui dit de le faire. Il répond quelques mots à voix basse, lente et fatiguée, comme faisant un effort excessif. Dans la journée il paraît suivre ce qui se passe dans la salle. Il résiste quand on veut le lever, résiste quand on veut le recoucher; quand on veut le découvrir il ramène les couvertures à lui. Mais il va seul aux W.-C. Gâtisme la nuit.

Cet état a persisté à peu près sans changement jusqu'au 27 mars 1910 (les escarres avaient guéri); mais le malade a maigri beaucoup. Il est emmené par sa femme à la campagne. J'ai appris par une lettre de celle-ci qu'il était mort au bout d'une semaine ayant recouvré l'usage de la parole et, paraît-il, la raison. C'est la tuberculose qui l'a emporté, d'après ces renseignements. Pour compléter ce résumé d'observation, il faut ajouter que, avant son entrée, d'après sa femme, Cha.., maigrissait depuis le mois de mai 1909 et se sentait fatigué. Vers le 15 septembre, il devient triste, inquiet avec insomnie; le 25 ou 26 septembre il dit qu'il craint qu'il ne lui arrive malheur, il se sent triste, il se dit poussé à se jeter par la fenêtre. Cette nuit-là il se réveille en sursaut, disant qu'il savait bien ce que c'était; qu'il avait empoisonné tout le monde quand il a été à la noce (en août où il a été très fatigué); à partir de ce moment il ne parle presque plus; la nuit il ne dort pas, il s'agite, il tord les couvertures dans ses doigts. Il paraît avoir fait le lendemain une tentative pour se jeter par la fenêtre, disant : «Je suis un criminel et un misérable; j'ai empoisonné tout le monde; je devrais souffrir pour racheter ce que j'ai fait». Le lendemain toute la matinée, il est gai, se rappelant ce qui lui est arrivé et disant que c'était absurde. A partir du déjeuner il recommence à s'agiter. Il entre à l'Hôtel-Dieu; il ne parle plus et refuse de manger. Il est enfin transféré

à Sainte-Anne et de là à Bicêtre. Jamais d'excès de boisson. Caractère émotif. Mais gai ordinairement. Pas d'accès antérieurs d'après sa femme.

Ce malade me paraît devoir être considéré comme ayant présenté de la mélancolie avec stupeur et de la tuberculose.

Voilà donc trois exemples de stupeur. Celui de l'alcoolique épileptique est le type des stupeurs liées à un *trouble mental aigu de cause extérieure*, intoxication, infection, épilepsie, traumatisme physique ou moral (la stupeur de la fièvre typhoïde est connue). Elle est l'expression extérieure du ralentissement presque total, de la stagnation extrême intellectuelle et de l'abolition presque complète de tous les modes du travail intellectuel. C'est la stupeur de la torpeur intellectuelle complète, de la *stupidité* de Delasiauve. Après cela, il n'y a plus que le *coma* comme degré supérieur d'arrêt des fonctions intellectuelles, avec arrêt de leur expression.

Dans la confusion qui est un degré moindre de stupidité, il y a aussi stupeur par le même mécanisme, mais moins intense, e interrompue ou mélangée plutôt de cette expression d'égarement si caractéristique de la confusion.

Dans le troisième exemple, celui du mélancolique, la stupeur paraît liée au ralentissement intellectuel, à « l'aboulie » comme je l'ai expliqué (p. 204), mais elle coexiste avec une émotion triste qui se peint sur la figure du malade. Elle s'accompagne chez Cha... R. (ce n'est pas forcé) de négativisme paraissant signifier que le malade désire qu'on le laisse tranquille (comparez les réponses de Pat..., p. 56, aux essais d'examen ou d'interrogatoire), et par là on voit que l'activité intellectuelle n'est pas si suspendue que dans le premier exemple, d'autant plus que Cha... regarde dans la journée ce qui se passe autour de lui et semble s'y intéresser. Il y a plutôt absorption de l'esprit par la douleur morale et peut-être par le délire relatif. La stupeur est ici surtout l'*absence d'expression*, bien plutôt que l'absence de fonctionnement intellectuel.

La stupeur du dément précoce Dumn... paraît plus intense au premier abord; mais il y a de plus de la *catalepsie* et *des attitudes spéciales*. Nous avons vu (p. 55) que si le négativisme *n'est pas pathognomonique* de la démence précoce, la catalepsie ne l'est pas davantage (p. 212), mais les *attitudes spéciales* semblent se trouver avant tout dans la stupeur dite catatonique. Il semble que la stupeur chez Dumn... implique dans son complet développe-

ment ces trois symptômes : *négativisme, catalepsie* et *stéréotypies d'attitudes*. Mais quel rapport cet arrêt de l'expression a-t-il avec l'arrêt intellectuel ou l'inertie intellectuelle, il est difficile de le dire; il semble bien y avoir entre eux une certaine indépendance, puisqu'il y a des cas nombreux d'inertie intellectuelle *sans* stupeur (voyez p. 74).

Le paralytique Par.... est dans son lit; il reste immobile, répond difficilement, en bredouillant, aux questions; le masque de la stupeur complète l'inexpression relâchée des traits du dément. Il gît dans la résolution, mais n'oppose aucune résistance aux mouvements passifs. On peut obtenir des attitudes cataleptiques.

C'est là un *épisode de stupeur* chez un paralytique général.

Comment donc faut-il définir la stupeur ? On peut dire que la stupeur est la *suspension* ou le *ralentissement extrême des mouvements dits volontaires* et de la *mimique :* celle-ci peut être figée dans une même expression ou sans aucune expression (*masque de marbre*). Elle a pour conséquence forcée le *mutisme* plus ou moins accusé et s'accompagne dans certains cas de négativisme et de catalepsie. Par suite, cet *aspect* de stupeur accompagne dans certains cas la *vraie* torpeur intellectuelle, la stupidité, et dans les autres cas un état évidemment peu actif de l'intelligence, mais pourtant où la suspension est encore plus apparente que réelle et dont le mécanisme nous échappe. On en trouvera un exemple très net chez Bot... *Il n'y a pas parallélisme* entre l'arrêt de la pensée et l'arrêt de l'expression. D'ailleurs la catalepsie partielle n'est-elle pas une sorte de stupeur partielle et compatible avec un certain degré d'activité intellectuelle ? Cette définition qui fait en somme de la stupeur *un phénomène moteur seul* ne cadre pas avec la terminologie habituelle où ce mot est pris tantôt dans ce sens là, tantôt comme synonyme de torpeur, de stupidité intellectuelle dont la stupeur n'est que la manifestation extérieure. Cette définition est évidemment plus précise, mais la confusion créée par l'emploi du mot stupeur à la place de stupidité n'est pas très grave dès qu'on est prévenu : il m'arrivera peut-être à moi-même d'employer l'un pour l'autre.

L'extase, dans son *degré extrême*, doit rentrer dans la stupeur où on ne la comprend pas ordinairement.

Extase. — Sauv..., déjà citée, est une épileptique qui a des équivalents psychiques à forme mystique. A un moment où je l'examine et où elle me raconte

qu'elle est la sainte Vierge, qu'elle a 1910 ans, elle change rapidement de physionomie. Convaincue et un peu théâtrale, mais mobile jusqu'alors, sa mimique se fige rapidement, les yeux se tournent en haut, contemplant une vision, l'expression devient celle classique de l'extase (bien inférieure toutefois à celle obtenue artificiellement par l'hypnotisme), puis l'aspect devient complètement stuporeux; l'immobilité est complète; le mutisme absolu. Enfin, au bout de quelques minutes, la malade halète, sa respiration se précipite, puis se ralentit; la malade pleure et invoque sur un ton de litanie Jésus-Christ, etc. L'extase et la stupeur ont pris fin. Elle se refuse à donner des explications.

La catalepsie totale hystérique et hypnotique rentre aussi dans la stupeur dont elle n'est qu'un cas particulier, et très particulier.

Il serait fort intéressant de faire une étude complète de la stupeur avec la recherche de son mécanisme psychologique et physiologique; je ne la ferai pas, car ce serait sortir de mon cadre.

Il me suffira d'ajouter d'abord qu'il y a des *degrés* à la stupeur; puis qu'on la rencontre fréquemment mêlée à deux autres syndromes, le délire de rêve et la confusion (voyez plus loin).

Diagnostic. — Mais il faut la distinguer d'états qu'on peut appeller *pseudo-stupeurs* ou *fausses stupeurs :*

Vig... est un persécuté dont j'ai déjà cité longuement les idées délirantes (p. 145); il reste souvent complètement immobile dans l'attitude de quelqu'un qui reçoit une communication téléphonique en se bouchant les oreilles et gardant un silence complet. Mais les traits du visage, quoique *fixés dans l'attention auditive*, n'ont pas cet aspect spécial d'être « figés », et, en fait, avant comme après cette épisode, rien ne décèle un ralentissement des mouvements volontaires ni une difficulté particulière à prendre les expressions mimiques variées que comporte l'état intellectuel du malade.

On pourrait dans quelques cas confondre aussi la démence avec la stupeur; effectivement le *masque* du paralytique général au repos, par exemple, a quelque chose de l'inexpression de celui du stuporeux, mais on est bien vite fixé. Cependant on peut confondre les états légers de stupeur, avec ralentissement intellectuel, avec l'inertie intellectuelle des déments. Il faut avouer qu'il peut être malaisé de distinguer l'une de l'autre, par exemple chez le dément précoce (type Kraepelin, j'entends) car ne passent-elles pas de l'une à l'autre insensiblement comme je viens de le dire? Et chez certains vieux déments, l'inertie intellectuelle est si

grande qu'elle peut simuler la stupeur, mais la mimique est plus conservée dans la démence que dans la stupeur.

Valeur sémiologique. — Elle est grande. En face de l'aspect de stupeur on doit penser au syndrome stupidité ou confusion, c'est-à-dire en somme à tous les délires de cause reconnue, à la démence précoce, surtout s'il y a négativisme, catalepsie ou attitudes bizarres, à la mélancolie avec stupeur, enfin aux cas plus variés d'épisodes stuporeux dans les démences; mais on peut se trouver parfois bien embarrassé.

Stupidité et confusion.

Le docteur Séglas a bien voulu me montrer un malade de son service, à cause de l'aspect typique de confusion que ce malade présentait, et dont voici la description.

Mir..., âgé de 32 ans, garçon de café, entre dans mon cabinet amené par un infirmier. Ses mouvements sont lents; il s'assied docilement et sa physionomie n'exprime que le vague et l'hébétude. L'aspect est plutôt celui d'un individu mal nourri. Sa tenue est régulière grâce aux soins qui sont pris de lui. Son attitude est affaissée, en fléchissement; ses mains reposent sur ses genoux et tiennent son chapeau. Aux premières paroles de l'interrogatoire, sa mimique devient tout à fait caractéristique. Il regarde son interlocuteur lentement, puis porte ses regards à droite et à gauche d'un air égaré pour tâcher de se retrouver; il fait effort pour comprendre les demandes, qu'il faut répéter; ses réponses sont tardives, lentes, pénibles, faites à voix basse, souvent incomplètes, la phrase n'étant pas achevée et très brève; d'autres fois, après avoir longtemps cherché, la phrase, courte, est émise rapidement. Les réponses sont souvent remplacées par la phrase. « Je ne sais pas », ou par un geste des deux bras ouverts, qui a la même signification, ou par une interrogation muette ou exprimée. D'ailleurs, que les questions soient faites en français (qu'il comprend) ou en italien, le résultat est le même. Il est complétement désorienté dans le temps et le monde extérieur, mais il sait la date de sa naissance, son âge, et il arrive en calculant avec lenteur à trouver que l'année est 1908 (exact). Il sait qu'il a été à Sainte-Anne, mais il ne sait pas où il est, « probablement un hôpital, puisqu'il est malade ». A force de questions, on obtient quelques renseignements : le malade est à Paris depuis un an, il habite avenue de M. P. et il a travaillé dans un restaurant du Palais Royal. Il a quelques idées d'auto-accusation, il est un satyre, un voleur; il raconte une histoire de dispute dans un restaurant; de poursuite qu'on lui a faite; il dit aussi que son père était un criminel, puis se reprend en disant à voix basse : « Ce n'est pas possible, mon père était un honnête homme.» Tout cela a l'allure du délire de rêve. Voici d'ailleurs des fragments caractéristiques d'interrogatoire :

D. — Comment allez-vous?

R. — Je ne sais pas ce qu'il faut faire.

D. — Croyez-vous avoir fait des bêtises?

R. — Oui. Je crois toujours avoir fait des bêtises (après un long temps de réflexion.).

D. — Est-ce qu'il habite Paris, votre père?

R. — (Il cherche .....pas de réponse, puis:) .....pas, moi.

D. — Où êtes-vous ici?

R. — Sais pas. Je me demande où je suis.

D. — Y a-t-il longtemps que vous êtes dans cette maison-ci?

R. — Je ne me rappelle pas.

D. — Comment êtes-vous venu à l'hôpital?

R. — .....amené à l'hopital?

D. — Que faites-vous toute la journée?

R. — Je ne fais rien.

D. — A quoi pensez-vous?

R. — .....(pas de réponse.)

D. — Est-ce que vous croyez toujours avoir compromis votre père?

R. — .....il est ici, mon père?.....Je ne sais pas.

D. — De quel pays êtes-vous?

R. — ....Turin...............

Quelques jours après on lui demande :

D. — Où êtes-vous né?

R. — A Turin.....je crois. Mais je n'en suis pas sûr. Je fais des rêves : je crois par moments que je suis Français.

Huit jours après on l'examine de nouveau.

D. — Croyez-vous qu'on va vous faire du mal?

R. — (cherche).....ici?.....ici?

D. — Croyez-vous avoir déshonoré votre famille?

R. — ....

D. — Avez-vous beaucoup voyagé?

R. — Si.

D. — Où êtes-vous allé?

R. — ....à Cannes.

D. — Vous êtes allé autre part?

R, — ......Cannes.

D. — Etes-vous allé dans une autre ville?

R. — A Biarritz?

D. — A quelle époque?

R. — En 1907.

D. — Dit-on encore que vous êtes un satyre, un voleur?

R. — ....j'entends plus.

D. — Aviez-vous entendu?

R. — ....non, j'avais pas entendu.

D. — Comment savez-vous qu'on vous accusait de ça?

R. — ... l'imagination... sais pas au juste.

D. — Alors vous n'êtes plus inquiet maintenant?

R. — Il y a des moments que je me retrouve. (1)

(1) Réponse typique de confus qui reconstitue de temps en temps ses idées.

D. — Il y en a d'autres où vous êtes perdu.
R. — ... Toujours peur... moi... sais pas.
D. — Peur de quoi ?
R. — D'avoir fait du mal... damné ma famille... sais pas.
D. — Vous rêviez ça ?
R. — Oui, je rêve.
D. — Qu'est-ce que vous rêvez ?
R. — J'aurai fait des choses qui faut pas faire... l'imagination que je me fais... sais pas.
D. — Qu'est-ce que vous croyez avoir fait ?
R. — Ils me disent que j'ai fait des choses que c'est pas bien.
D. — Qui vous dit cela ?
R.—... personne... mais c'est moi.

Cet état persiste environ trois mois sans modifications notables, puis il y a amélioration graduelle et enfin rétablissement complet. Le tout a duré environ neuf mois.

On voit que non seulement il y a stagnation intellectuelle extrême dont les conséquences sont le mutisme spontané et l'inertie spontanée motrice, avec aspect stuporeux, mais encore que, sous l'excitation de l'interrogatoire, le malade se réveille de sa torpeur et fait *effort volontaire* pour faire attention aux questions, les comprendre, ce qui n'arrive pas toujours, surmonter la « confusion » de ses idées, se retrouver au milieu d'elles, reconstituer ses souvenirs, contrôler ses idées délirantes. rêve automatique chaotique, dont il doute, se réorienter enfin dans le temps et dans le monde extérieur sur lequel il fixe péniblement son attention, se réorienter même sur ses propres faits et gestes (*désorientation auto-psychique* de Wernicke), bref rétablir le fonctionnement normal de son intelligence, dont tous les modes étaient atteints : attention, mémoire, imagination, raisonnement, jugement, orientation, etc. Du côté émotionnel le vague règne aussi dans l'esprit du malade, et si celui-ci exprime quelques idées qui peuvent faire croire qu'il a peur, c'est avec une entière placidité qui indique bien le peu de profondeur des émotions (ce qui est l'ordinaire, à moins qu'un délire de rêve intense ne vienne se joindre à la confusion) et qui a aussi pour conséquence la docilité du confus. Enfin, pour y revenir et y insister, la *mimique de Mir.... était typique*. La stupeur était incomplète, interrompue par des tentatives d'expression révélant les efforts intellectuels infructueux, l'état d'incertitude intellectuelle où il se trouvait. Ce mélange ne peut être exprimé que par la double expression : *égarement et stupidité*.

Ce syndrome est donc très près de la stagnation intellectuelle extrême, de la stupidité, mais il s'y joint de l'incohérence des idées qui peut aboutir au délire de rêve. L'épileptique stupide cité plus haut n'avait même pas le pouvoir de rechercher à rassembler ses idées; elles n'étaient pas incohérentes, car elles n'existaient plus et il n'avait que le masque de la stupeur sans l'égarement. La stupidité peut être considérée comme le degré extrême de la confusion; ou inversement la confusion n'est qu'un plus faible degré de stupidité s'accompagnant plus ou moins d'incohérence. Aussi souvent prend-t-on, avec Delasiauve, ces deux mots comme synonymes. Le psychasthénique qui se plaint du ralentissement, de la confusion de ses idées, de ses rêvasseries, où il a peine à se retrouver, est un bon exemple de l'état de confusion si pénible pour les malades et dont, dans ce type clinique, ceux-ci ont une « conscience » beaucoup plus complète.

Je ne donne que cet exemple, la confusion pouvant se rencontrer exactement sous cette forme, mais à des degrés variables, dans tous les délires de cause externe. Ordinairement, elle penche tantôt plus vers la stupidité, tantôt plus vers le délire hallucinatoire pur, ce qui rend le diagnostic du syndrome moins facile. Ce diagnostic l'est encore moins, si la confusion est accompagnée d'excitation intellectuelle, car alors elle est *masquée* par l'incohérence avec excitation. Il peut s'y ajouter le délire de rêve.

Cette confusion peut être *intense* ou *légère*. Elle correspond dans ce dernier cas à *l'état crépusculaire* des Allemands (Dämmerzustand).

En somme, cette confusion ou stupidité est un affaiblissement intellectuel qui se rapproche beaucoup de la démence, comme on le verra, le travail intellectuel étant entravé *à peu près* de même dans les deux symptômes. Aussi Delasiauve donnait-il le nom de démence aiguë à la confusion, et le diagnostic de cette *démence curable* avec la *démence vraie incurable* est-il parfois difficile.

Confusion secondaire. — On doit distinguer ce syndrome où la confusion est *primitive*, c'est-à-dire est l'expression directe du trouble somatique, de la confusion qui se manifeste *secondairement* dans le cas de *délire hallucinatoire très intense*. Il sera souvent difficile de faire ce diagnostic, si on n'a pas de renseignements ou si on n'a pas vu antérieurement le malade. Dans bien des cas, d'ailleurs, la confusion primitive s'accroît de confusion

secondaire, pour peu qu'avec elle s'entremêlent d'autres syndromes comme le délire de rêve ou l'excitation intellectuelle intense.

Diagnostic. — Plus délicate parfois est, comme je viens de le dire plus haut, la distinction entre le syndrome confusion et les états démentiels, en l'absence de signes somatiques précis. La première différence à noter est dans le « *masque* », dans la *mimique.* Le confus et le dément sont tous deux désorientés dans le temps, l'espace; leurs idées sont incohérentes, et il y a perte de mémoire. Mais pendant que le confus parle, ou se trompe, ou avoue qu'il ne sait pas, il a vraiment l'air de *chercher*, de *faire effort*, il a l'air *égaré*, ses actes sont indécis, il a souvent du délire de rêve, tandis que le dément reste placide, ou satisfait, ou complètement inerte, malgré son impuissance, ou au milieu de l'incohérence de ses idées et de ses actes.

Ainsi je voyais dernièrement un paralytique général, Ble..., qui était venu seul à la Salpêtrière consulter parce qu'il se sentait fatigué, disait-il. Il avait raconté sans effort, mais avec incohérence, qu'il venait de tel endroit, puis il ne se rappelait plus, après l'avoir dit, où il avait demeuré, et il restait muet devant les questions en regardant d'un air niais; si bien que l'on fut obligé de rechercher dans ses poches son livret militaire, qu'il venait de montrer et d'y refourrer juste au moment où il aurait pu vérifier sur ce livret ses assertions contradictoires. Rien ne trahissait l'incertitude ou l'égarement; le masque du paralytique général, inerte et relaché tout à la fois, n'avait pas varié dans son expression; le malade n'était nullement étonné des questions et de ses propres réponses, faites sans hésitation et avec la plus complète indifférence. On ne le sentait pas lutter contre « l'oppression cérébrale » (Delasiauve). D'ailleurs, s'il ne savait même plus d'où il venait, il savait qu'il était à la Salpêtrière pour consulter et que j'étais le médecin, et il acceptait placidement qu'on fouillât dans ses poches, en regardant la surveillante qui procédait à l'opération.

Une plus grande difficulté sera trouvée au diagnostic chez les vieillards sur la voie de la démence organique, qu'un trouble circulatoire ou plus souvent rénal met dans un état de confusion parfois très intense. Y a-t-il seulement confusion ou démence, ou les deux? Et même chez d'autres déments, si on n'a pas de renseignements, on sera parfois obligé de se poser les mêmes questions.

Quant au diagnostic avec le syndrome de Korsakoff pur, il est assez facile, car il n'y a vraiment pas confusion, mais perte de émmoire, et le travail intellectuel sur un sujet dont on fournit les

éléments est possible. Mais il peut y avoir *coexistence* des deux syndromes.

Valeur sémiologique. — Elle est grande, puisqu'on rencontre cette confusion dans tous les cas de délire de cause externe et même, dit-on, dans l'hystérie (ce qui ne me paraît pas certain).

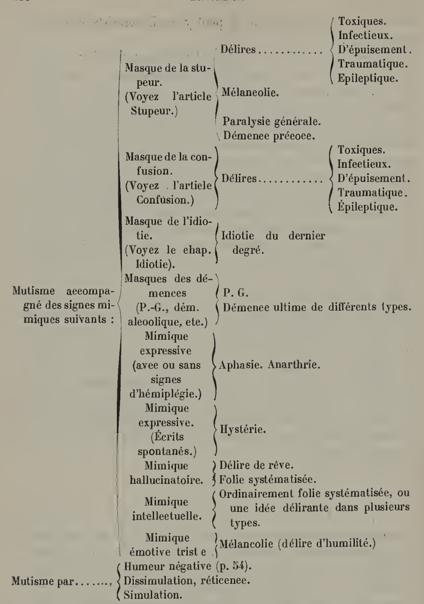
Ce n'est que par les accompagnements du syndrome confusion qu'on pourra essayer de faire le diagnostic du type clinique auquel on doit rattacher cette confusion. Dans le délire alcoolique on trouvera un délire de rêve (voyez l'art. Délire de rêve) bien développé généralement et « zoopsique » souvent, avec peur plus ou moins intense, les stigmates du buveur d'habitude, les commémoratifs et les signes physiques. Dans les infections, les signes propres de l'affection somatique peuvent mettre sur la voie. Les traces de traumatisme dans la confusion traumatique seront d'une grande importance. Les accès d'épilepsie et leurs traces, le délire mystique, viendront dissiper les doutes quand ils auront pu être relevés. Mais, comme dans le cas de Mir..., il arrivera souvent que le diagnostic sera longtemps tenu en suspens, puisque tous ces délires se ressemblent si étroitement. Enfin il y a des cas de délire hystérique avec confusion (?) que l'on voit rarement maintenant.

Confusion chronique. — Il peut y avoir des cas *prolongés* atténués. Il y a aussi une variété du syndrome démence qui revêt la forme de confusion. Ce sont les cas de démence suite de délire où il y a eu confusion. La démence épileptique parait être très fréquemment une confusion chronique et définitive (voyez à Démence épileptique).

Mutisme (1).

Je ne ferai que résumer en un tableau la valeur sémiologique du mutisme, qui change de signification suivant le symptôme ou le syndrome dont il fait partie, reconnaissable à la mimique, à l'aspect et aux gestes. Il y a des *degrés* dans le mutisme, des *variations* qui doivent aussi entrer en ligne de compte pour le diagnostic. Il est difficile de donner des règles générales pour tirer parti *sémiologiquement* du mutisme. Particulièrement dans les trois dernières catégories l'interprétation est parfois délicate.

(1) Bien que ce symptôme eût été mieux placé après les altérations du mécanisme du langage, je le décris ici, ou plutôt je rappelle ici quelle peut être sa signification à côté de la stupeur à laquelle il est si souvent lié.



- Mutisme accompagné des signes mimiques suivants :
  - Masque de la stupeur. (Voyez l'article Stupeur.)
    - Délires............
      - Toxiques.
      - Infectieux.
      - D'épuisement.
      - Traumatique.
      - Epileptique.
    - Mélancolie.
    - Paralysie générale.
    - Démence précoce.
  - Masque de la confusion. (Voyez l'article Confusion.)
    - Délires...........
      - Toxiques.
      - Infectieux.
      - D'épuisement.
      - Traumatique.
      - Épileptique.
  - Masque de l'idiotie. (Voyez le chap. Idiotie).
    - Idiotie du dernier degré.
  - Masques des démences (P.-G., dém. alcoolique, etc.)
    - P. G.
    - Démence ultime de différents types.
  - Mimique expressive (avec ou sans signes d'hémiplégie.)
    - Aphasie. Anarthrie.
  - Mimique expressive. (Écrits spontanés.)
    - Hystérie.
  - Mimique hallucinatoire.
    - Délire de rêve.
    - Folie systématisée.
  - Mimique intellectuelle.
    - Ordinairement folie systématisée, ou une idée délirante dans plusieurs types.
  - Mimique émotive triste.
    - Mélancolie (délire d'humilité.)
- Mutisme par.......,
  - Humeur négative (p. 54).
  - Dissimulation, réticence.
  - Simulation.

Délire de rêve (Délire « onirique » de Régis) et rêve prolongé

Nor... a fait quelques excès d'absinthe, bien qu'il ne fût pas un buveur d'habitude, au moment où il subissait de violentes émotions; il a été pris pres-

que subitement d'un accès de délire hallucinatoire, délire de rêve qu'il racontait lui-même ainsi :

« Je me rappelle bien avoir monté en fiacre où on m'a conduit à Sainte Anne. Là je me suis trouvé dans une salle où il y avait beaucoup de monde; je me rappelle bien aussi n'avoir pas voulu manger de peur qu'on ne m'enfonce la cuiller dans la bouche. On m'a enfermé dans une pièce seul où toute la nuit j'ai vu des ombres qui venaient sur moi. On m'a conduit dans une pièce le soir où je me figurais qu'on devait me fendre en deux et me recoller ensuite. Je me suis débarbouillé ayant peur que l'eau soit du vitriol. J'ai monté dans une voiture sans chevaux qui m'a conduit après une grande course où toutes les boutiques étaient fermées, ici peut-être. Dans le chauffoir, je me suis trouvé avec la même personne... Il était matin, je voyais ma sœur avec moi qu'on avait mise dans une chose en paille, là on se mangeait les uns les autres. — Je ne sais pourquoi je voyais ça, puisque ça n'est pas arrivé. Après c'était un four crématoire où il fallait que tout le monde aille chacun à son tour : il fallait se coucher sur un matelas dans une boîte et descendre dans le four dont je devais être concierge à l'intérieur. Après on devait couper du monde et ma mère en morceaux... Pour venir là il y avait la guerre de Russie, la France, l'Allemagne, l'Italie, tout le monde se battait même les femmes. Il n'y a que moi qui étais dans un lit. Les balles sifflaient et c'est moi qui devais régler le feu. Je ne pouvais pas dire une parole si ce n'est oui ou non à un tourniquet qui marquait des questions.., Là, dans mon lit, je me figure qu'il y a une rivière en dehors où coule du vitriol... Sur l'oreiller du lit voisin je crois voir une bière où je crois mon père dedans... Je suis dans ma salle, je m'asseois près du poêle et là on fait une longue lettre de louanges pour le petit-fils de M. X... qui est parti dans le feu. Il n'y avait plus que des cendres, tout à coup un moment on me dit de lui dire merci, je tire un coup de pistolet dans le poêle, tout le monde part dans le courant électrique qui conduit au feu. Les portes sont fermées et une baïonnette dépasse par les trous de la serrure pour éventrer ceux qui veulent sortir... Je me retrouve au fond du navire, la caisse disparue... D'autres m'a tiré du derrière un chapelet de choses blanches comme si c'étaient des sauterelles, le cœur, le foie mou, tout me pend au derrière. Quand on me fait arrêter, je mourais. Mme X. est toujours dans le brasement d'une fenêtre un pistolet à la main. Mais je me retrouve dans mon lit. On est aux enfers, le feu monte toujours, etc., etc.»

Cet exemple suffit pour faire comprendre ce que c'est qu'un délire de rêve. C'est un rêve, mais pathologique. Ce sont, comme dans le rêve normal, des tableaux constitués par des hallucinations ou illusions visuelles, se succédant comme dans un kaléidoscope sans relations nettes entre eux. Il s'y joint des hallucinations auditives brèves: ici coups de pistolet, sifflements de balles, etc. Enfin des idées délirantes de persécutions variées et des idées bizarres, inclassables, comme celle si « cocasse » suivant laquelle le malade devait être concierge à l'intérieur du four crématoire, des idées de mort, etc., etc. Il faut remarquer les illusions (par exemple une bière sur l'oreiller du lit voisin).

Dans d'autres cas, qu'il est inutile de rapporter, on constate des hallucinations de tous les autres sens, goût, odorat, sensibilités générale et génitale, et quelquefois un grand développement d'hallucinations auditives, parfois musicales, enfin des idées délirantes de toutes les sortes. Ce délire de rêve comprend souvent des idées extravagantes bizarres qui n'ont pas d'importance pour le *moi* du malade et qui constituent «le délire d'imagination». Les émotions plus ou moins intenses varient avec les rêves, tout comme à l'état normal. Généralement elles sont désagréables comme ci-dessus et entraînent des réactions, variables suivant le type clinique.

Le délire de rêve est une variété du délire dit incohérent, si l'on veut, mais très à part. On la distinguera par le caractère hallucinatoire prédominant. Pourtant il y a des cas intermédiaires avec le délire incohérent ordinaire, comme je l'ai vu chez un alcoolique où le délire non hallucinatoire avait bien l'aspect « flou » du délire de rêve effacé; d'autre part, chez des déments séniles avec délire, les rêves nocturnes se mélangent aux élucubrations fantaisistes du jour d'une façon qui donne au tout une allure de rêve bien marquée.

Dans le cas typique mentionné, toute relation correcte avec le monde extérieur n'était pas abolie, surtout à la fin du rêve. Mais la perte plus ou moins complète de cette relation peut arriver, suivant l'intensité du délire et suivant qu'il y a confusion primitive ou secondaire, ou aucune confusion, comme cela se présente; et alors de temps en temps le malade sortant de son rêve n'est désorienté et perdu que juste dans la mesure où le rêve lui a fait perdre le fil du temps et de ses propres déplacements (1).

Enfin il y a des cas où le délire s'accompagne de stupeur ou de stupidité plus ou moins marquée (et alors ce n'est souvent qu'après, quand la stupeur cesse, que l'on peut se rendre compte qu'il y a eu délire de rêve) ou d'agitation ou de réactions suivant la nature des illusions et hallucinations. Le malade ci-dessus était tranquille; il a pourtant eu un acte négatif en rapport avec une idée délirante, puisqu'il a refusé de manger de peur qu'on ne lui enfonce la cuiller dans la bouche. Ces réactions sont surtout marquées chez les alcooliques et épileptiques où elles peuvent avoir comme conséquence le *meurtre* ou le *suicide*. Les *réactions* et la

(1) C'est Lasègue, qui le premier, a relevé ce fait chez les alcooliques.

mimique hallucinatoire ont déjà été étudiées en détail plus haut.

Chez M[me] Dol..., atteinte de délire alcoolique subaigu, que j'ai citée au début (p. 1), la nature même des hallucinations visuelles, d'animaux en grande partie, leur caractère de poursuite et de mouvements menaçants vers la patiente, indiquent la nature alcoolique du rêve. Il faut noter comme particularité signalée par Lasègue que le rêve alcoolique naît la nuit comme le rêve ordinaire et finit par se prolonger dans le jour, durant jour et nuit, puis, en se terminant disparaît d'abord seulement le jour, continuant la nuit, pour finir enfin complètement. D'ailleurs l'obscurité favorise, on le sait, toutes les hallucinations.

J'ai déjà cité (p. 168) un épileptique dont le rêve, fruit de l'accès psychique comitial, avait une teinte mystique. Je n'y reviens pas. Je signale seulement que les idées religieuses doivent toujours, dans ces cas, faire rechercher l'épilepsie, bien qu'elle ne soient nullement pathognomoniques.

Valeur sémiologique. — En dehors de l'alcoolisme et de l'épilepsie où la particularité du délire peut être un bon signe sémiologique (surtout pour l'alcoolisme), le délire de rêve peut se rencontrer dans tous les types mentaux où le trouble est dû à une cause extérieure avérée : délires fébriles, infectieux, toxiques, traumatiques, émotionnels (comme le cas rapporté plus haut semble en être un exemple), et ce n'est que par les commémoratifs ou les phénomènes physiques concomitants qu'il est possible de faire le diagnostic. Je mentionnerai aussi le délire hystérique et certains états passagers chez les mystiques (voyez plus loin).

Remarque. — Entre la stupidité, la confusion, et le délire de rêve il y a les liens les plus étroits. A la stagnation intellectuelle, à l'arrêt moteur se joignent la confusion, l'incohérence des idées ; l'automatisme se développe, « le jeu machinal des molécules » (Delasiauve), parfois suffisamment pour vaincre l'arrêt moteur. Ces trois syndromes, stupidité, confusion, délire de rêve, se réunissent, alternent, passent de l'un à l'autre dans toutes les formes de folie aiguë de cause extérieure, ou peuvent chacun prédominer isolément.

Quant à la stupeur, c'est un symptôme un peu à part où l'arrêt moteur paraît relativement indépendant du fonctionnement intellectuel.

Souvenir du délire de rêve. — Je rappelle qu'après l'accès de trouble mental où il y a eu confusion, stupidité, délire de rêve, le

souvenir de cet accès est d'autant plus effacé qu'il y a plus de confusion. Pourtant il y a des exemples chez des épileptiques où le délire de rêve sans confusion marquée est totalement oublié. Chez l'alcoolique il y a conservation du souvenir en général.

Reliquat du délire de rêve — Il arrive parfois après guérison du délire qu'il en surnage quelques bribes pendant un certain temps ; la guérison est incomplète. Ordinairement ces bribes vont en s'amoindrissant de plus en plus. On en trouvera un exemple inverse chez Bo...

Rêve prolongé. — Je ne parle plus ici du rêve alcoolique ou fébrile, mais de certains rêves qui se présentent chez des imbéciles et des déséquilibrés, mais surtout dans la sénilité, et qui persistent le jour ou tout au moins sont encore admis comme réels en dehors du sommeil, dans la journée. Ceci est la source d'erreurs de mémoire et le point de départ chez les vieillards affaiblis ou déments de faux souvenirs, récits imaginaires, qu'il est malaisé de distinguer des erreurs d'imagination, souvent extemporanées, que font les déments séniles qui ont perdu la mémoire, surtout ceux qui présentent leur démence sénile sous la forme du syndrome de Korsakoff (voyez plus bas).

Délire de rêve systématisé. — Dans quelques cas exeptionnels le délire de rêve peut revêtir une allure systématique ou après une phase kaléidoscopique donner naissance à un délire assez systématisé ayant gardé ou non l'empreinte du rêve. Il sera assez difficile alors de ne pas faire d'erreur. Certains délires alcooliques particulièrement ont cette allure. Le rêve prolongé est souvent très systématisé, surtout lorsqu'il est peu complexe. Chez les mystiques, les hystériques et certains déséquilibrés le rêve systématique qui se confond avec le rêve prolongé, pour acquérir une ampleur et une importance réactionnelle considérable (voyez l'obs. de X. de X.).

CHAPITRE XXI

LE SYNDROME ARRIÉRATION MENTALE

Sommaire. — Un exemple seulement d'arriération proprement dite ou imbécillité simple, montrant l'insuffisance de développement de tous les modes de l'intelligence. Le syndrome est plus complexe que le type simple donné en exemple. Degrés de l'arriération : idiotie, imbécillité, arriération. Démence infantile. Passage graduel au *déséquilibre mental*. Débilité mentale. Diagnostic en général facile. Valeur sémiologique faible et au fond peu importante pratiquement, sauf dans quelques cas déterminés.

Roe... a 21 ans ; il y a 11 ans qu'elle est à la Salpêtrière dans le service des Enfants où elle a suivi l'école. Elle est asymétrique faciale, et sur sa figure l'intelligence n'apparaît pas vive ; l'aspect et la mimique sont bien caractéristiques d'une arriérée. D'après les parents, elle l'a toujours été. Voici un fragment d'interrogatoire :

D. — Comment vous appelez-vous ?

R. — R..........

Sur ma demande elle épèle péniblement son nom en oubliant une lettre, prononçant fort mal les autres et mettant une S à la place d'une X à la fin.

D. — Quelle lettre est-ce l'X ?

R. — La dernière de l'alphabet.

D. — Quelle lettre vient après ?

R. — Le J.

D. — Quel âge ?

R. — Je ne sais pas.

D. — En quelle année êtes-vous née ?

R. — Je ne sais pas.

D. — Quelle année, date, jour, mois, aujourd'hui ?

R. — (Pas de réponse.)

D. — Vous étiez aux enfants auparavant.

R. — Oui.

D. — Depuis combien de temps êtes-vous ici ?

R. — (Pas de réponse.)

D. — Vous étiez aux enfants auparavant ?

R. — Oui.

D. — Combien de temps y a-t-il depuis que vous les avez quittés ?

R. — (Pas de réponse.)

D. — Quelle différence y a-t-il entre l'endroit où vous étiez avant et celui d'aujourd'hui ?

R. — (Pas de réponse.)

D. — Vos compagnes d'aujourd'hui sont-elles plus âgées ou non que celles d'autrefois?

R. — Elles sont plus âgées.

D. — Qu'avez-vous fait à l'école?

R. — J'ai appris à lire, à faire des dictées.

D. — Lisez ceci (un titre de journal).

R. — (Impossible.)

D. — Ecrivez votre nom.

(Elle l'écrit bien, comme un enfant.)

D. — Ecrivez autre chose.

(Elle écrit de même les mots mère, papa.)

D. — Ecrivez: j'ai un petit frère.

(Elle ne peut écrire que frère après qu'on a épelé.)

D. — Savez vous compter? Comptez 1, 2, 3 .....

R. — 1, 2, 3 .... 15, 25 (après 15 elle ne sait plus.)

D. — Répétez cette phrase: Mon petit frère est un garçon très gentil.

R. — Mon frère est gentil.

D. — Répétez cette phrase: En ce moment, il est 11 heures à la pendule noire.

R. — 11 heures pendule noire.

D. — Répétez les chiffres suivants : 9, 7, 8, 3, 1, 4.

R. — 9, 6, 8, 7, 9.

D. — Répétez 5, 4, 8, 9, 3, 1.

R. — 9........

D. — Qu'est-ce que ça représente? (une photographie d'une malade présente dans le service avec une infirmière; elle les connait toutes deux.)

R. — Une infirmière.

D. — Et l'autre?

R. — Mme d'A... (une personne morte depuis sept ans).

On lui montre une image représentant une dame buvant dans une tasse au milieu d'une cour de ferme. On est obligé de lui faire remarquer chaque détail pour obtenir une réponse. Pourtant elle reconnait que la dame se trouve à la campagne.

D. — Savez-vous lire l'heure? Quelle heure est-il?

R. — 11 heures (il est 11 heures moins 5.)

D. — Vous aimez bien votre père et votre mère?

R. — Oui (elle les accueille bien).

D. — Quel âge a le petit frère?

R. — Dix ans.

. . . .

D. — Que voudriez-vous être en sortant d'ici?

R. — Laveuse.

D. — Comment ça s'appelle-t-il? (fauteuil, bibliothèque, paletot, blouse, pantalon, tablier, etc.).

R. — Fauteuil... — Elle ignore le nom des autres objets; elle ne connait pas le mot vêtements. Elle reconnait pourtant que le bout du marteau à réflexes est en caoutchouc.

Elle est très coquette (nœud dans les cheveux, col de guipure, broche). Elle repasse elle-même son col et aide à la cuisine à porter les vivres, très exactement à l'heure. Elle peut faire un pli à sa robe si celle-ci est trop longue.

Elle est très économe, met les quelques sous qu'elle gagne de côté pour sa mère : très douce et serviable avec ses compagnes.

Comme on voit, il y a insuffisance de développement de la mémoire, du jugement, de l'imagination, etc., des connaissances scolaires et ordinaires ; la malade ne s'élève pas à la compréhension des tournures de phrases un peu abstraites et ignore les mots abstraits. Elle est capable d'exécuter des travaux manuels des plus faciles et toujours les mêmes. Ses sentiments sont tout à fait rudimentaires. C'est un type d'arriération mentale simple moyenne que l'on qualifie ordinairement d'imbécillité simple. Je ne donne ici que cet exemple du syndrome ; tout le monde sait qu'il y a des degrés : plus bas, idiotie qui va jusqu'à la vie purement organique sans parole, et plus hauts, arriération faible qui peut s'accompagner de quelques dons intellectuels plus apparents que réels, dont je donnerai des exemples aux types cliniques.

La faiblesse ou arriération mentale peut être congénitale ou acquise à un certain moment de l'enfance par méningites et autres affections cérébrales. L'acquise est en même temps une *démence*, puisque l'enfant perd ce qu'il avait acquis de développement intellectuel. Parmi les affections qui produisent la démence infantile, il faut citer surtout l'épilepsie et plus rarement la paralysie générale infantile et la syphilis cérébrale héréditaire. Le syndrome faiblesse intellectuelle présente des différences suivant qu'il est étudié chez l'enfant ou chez l'adulte. Enfin, s'il présente des degrés pas très tranchés, qui sont comme je l'ai dit l'idiotie, l'imbécillité, l'arriération mentale finissant par confiner à l'état normal, il présente si souvent des particularités intellectuelles dont le développement ne concorde pas avec le degré de l'ensemble, et, au déficit de l'intelligence viennent se joindre si fréquemment des perversions diverses du jugement et des sentiments, très importantes parfois, que la classification des formes du syndrome en trois degrés ne peut être que très approximative. L'infantilisme mental (voyez plus loin à Puérilisme, p. 260). en une forme bien spéciale d'arriération. Le syndrome est plus complexe que le type que j'ai donné. Certains cas mêmes peuvent être considérés aussi bien comme du « déséquilibre mental » (voyez le chap. Déséquilibre) que comme de l'arriération. Une forme particulière de trouble du jugement, celui

pour lequel je crois devoir réserver le nom de *débilité mentale*, coexiste souvent avec l'arriération proprement dite, dont elle n'est qu'un cas particulier, mais elle peut se présenter avec un développement normal de la mémoire permettant une instruction suffisante. Aussi ferai-je de cet état mental spécial de la débilité une étude particulière, car elle touche de très près aux autres troubles du jugement que je range sous l'étiquette Déséquilibre mental (voyez ce chap.).

Au point de vue de la clinique courante pratique, le diagnostic du syndrome est facile chez l'enfant et même souvent chez l'adulte. Je renvoie sur ce point au chapitre Démence. Reste, enfin, le syndrome examiné dans toutes ses nuances, à savoir s'il a une *valeur sémiologique* par lui-même pour faire reconnaître l'affection organique causale (1). Cette valeur est très faible et peu importante, en général; de plus, les affections causales ne sont pas encore très bien connues et ne sont guère classées jusqu'à présent que par les symptômes ou syndromes somatiques nerveux qu'elles présentent (voyez aux signes somatiques les signes des lésions nerveuses principales). Si bien que je me bornerai ici à ces considérations, renvoyant au chapitre Arriération pour l'étude plus détaillée du syndrome (2).

(1) Que l'on ne reconnait souvent (et encore) qu'à l'autopsie.
(2) On trouvera à ce chapitre les quelques indications bibliographiques utiles.

CHAPITRE XXII

LE SYNDROME DÉMENCE.

SOMMAIRE. — Un exemple très accentué examiné en détail, mais dont l'origine est inconnue. Réunion des signes suivants: perte de mémoire, désorientation, perte de la perspicacité, faiblesse de l'attention, de l'imagination. Inertie intellectuelle et motrice. Petite stéréotypie. Travail intellectuel à peu près nul. Indifférence totale. Quelques habitudes automatiques conservées. En un mot appauvrissement intellectuel, déficit de l'esprit. Variété: *démence simple apathique.*

Un autre exemple, très analogue, mais avec excitation intellectuelle incohérente. Variété : *démence agitée et incohérente.*

Un exemple de démence moins intense avec activité intellectuelle relative de qualité inférieure et « puérilisme » ; reliquat d'idées délirantes. Variété : démence incomplète avec reliquat délirant: *démence vesanique*. Un exemple de *démence vésanique avec incohérence et stéréotypies*. Un exemple de démence très atténuée ou *affaiblissement intellectuel.*

Caractères du syndrome. — C'est l'appauvrissement de l'esprit. L'agitation automatique et les stéréotypies paraissent liées au syndrome démence dont ils sont de bons signes quand ils apparaissent dans le cours d'une affection mentale.

L'inertie ne suffit pas pour caractériser la démence. Le déficit de la démence est non seulement différent de celui de la confusion, mais il est irrémédiable.

Rapports du délire et du syndrome démence. — Le délire fait plutôt partie du syndrome dans la démence sénile, car il lui est souvent secondaire. Dans la P. G., la démence réagit sur le délire qui en est pourtant indépendant.

Le délire précède le syndrome démence qui apparaît par aggravation de l'affection dans les démences toxiques, infectieuses et vésaniques.

Démence primitive et démence secondaire; c'est au fond la distinction des cas incurables et des cas qui peuvent être curables.

La démence est un syndrome. — Mauvaise terminologie ordinaire.

Diagnostic direct du syndrome démence. — Avec les syndromes stupidité et confusion, l'aphasie, l'arriération mentale, la débilité. Difficulté entre l'arriération avec épilepsie et la démence épileptique. Caractères particuliers fréquents de la démence épileptique dus à ce qu'elle est en partie de la confusion chronique. Au début des démences organiques avec la psychasthénie.

Diagnostic indirect de la démence :

1° *Par le délire.*

A. Délire incohérent d'emblée. Exemples divers chez un P. G., dans la démence sénile, la folie paranoïde, la débilité mentale avec délire incohérent par certains côtés, dans la folie systématique aiguë chez un débile, etc. Règle : l'incohérence *à froid* indique généralement la démence ou la débilité.

B. Par certaines modifications du délire ou des autres symptômes. Effacement, monotonie du délire, apparition de l'incohérence du délire, etc.

2° *Par les signes secondaires démentiels et les modifications somatiques.* — Bavardage,

monologues, langage de perroquet, habitudes spéciales, enfantillages, tics, stéréotypies, chiffonnage, agitation automatique, impulsions, actes incohérents, appauvrissement émotionnel et sentimental. Engraissement, gloutonnerie, etc.

Évolution de la démence. — S'installe peu à peu, tantôt par un signe, tantôt par un autre. Évolution différente suivant le type clinique.

Valeur sémiologique.— Diagnostic différentiel des types cliniques où apparaît le syndrome démence. Ne peut guère être fait qu'au début par l'examen direct du syndrome. Variétés fréquentes du syndrome, suivant qu'il s'agit d'alcoolisme, d'infection, de confusion, d'épilepsie, de P. G., d'artério-sclérose, de démence sénile, de démence précoce forme de Kraepelin et forme de Morel, de mélancolie, de paranoïa mal systématisée. Dans la P. G., la démence est la plus profonde et la plus rapide (en bloc).

Démence précoce de Kraepelin. — *Demence précoce de Morel.* — Les types cliniques de la « démence précoce » de Kraepelin n'étant ni au début de la démence ni toujours précoces (juvéniles), je les appelle *folies discordantes.* Morel a décrit une vraie démence précoce. *Cliniquement* c'est une démence juvénile rapide terminant différents types cliniques.

Démence simple apathique. — Mme Dec..., a un aspect décent et convenable; elle entre avec politesse, et s'asseoit comme une personne normale. Son âge paraît être entre cinquante et soixante ans. La seule chose que l'on remarque est une perte de substance à l'aile du nez gauche. Sa mimique n'est pas inintelligente, mais elle est peu animée. Elle sait son nom, mais pas son âge exact; elle dit être née le 31 août 1851; cela lui ferait au moins 50 ans. Avertie que l'on est en 1910, ce dont elle ne se doutait pas, elle se déclare incapable, sans même vouloir faire un effort, de calculer son âge exact. Elle ne sait pas où elle est : « Je ne sais pas; je ne suis jamais venue dans une maison pour des malades. »

D. — Que suis-je ici?

R. — Vous devez être le maître de la maison, peut-être M. le docteur.

D. — Quelles maladies soigne-t-on ici?

R. — Je ne sais pas.

D. — Vous n'avez pas d'accès d'épilepsie?

R. — Non.

D. — Il y a longtemps que vous êtes ici?

R. — Il y a plusieurs jours. (Elle est entrée hier.)

D. — Combien de jours?

R. — Je ne sais pas, puisque je ne me suis pas vue apporter. On m'a prise devant la maison où je reste et je me suis retrouvée ici (1).

Impossible de rien savoir de cet enlèvement devant sa maison, elle ne se souvient de rien. Elle sait seulement qu'elle habitait rue L..., 6. Elle répond placidement, d'un ton indifférent, toujours très poliment. Elle a la mémoire actuelle très affaiblie (acquisition.) Ainsi, priée de faire la multiplication 5×7, elle la fait, puis répète bien successivement deux séries de six chiffres, mais ne se rappelle pas ce qu'on lui a demandé auparavant. On lui dit à plusieurs reprises son âge, la date, etc., elle ne se les rappelle pas au bout de quelques instants.

On lui montre une image avec une légende au bas qu'elle a peine à lire

(1) Elle vient de Sainte-Anne, ramenée de Dun-sur-Auron.

à cause de ses yeux; elle dit : « D'ailleurs, ce n'est pas écrit en français, sans cela je pourrais le lire. » Elle reconnaît une partie des personnages de l'image, mais elle est incapable de comprendre la plaisanterie avec caricature bien apparente qui constitue l'image. Sur une autre image elle voit les détails, mais ne comprend pas la signification d'ensemble. Elle lit correctement des mots en gros caractères sans bien savoir leur signification Il lui reste des bribes de calcul de mémoire. Cet examen paraît la fatiguer, l'ennuyer, et elle dit : « Je n'ai pas la tête à compter, je vous demande pardon. » Son écriture est tremblée, quand elle écrit spontanément son nom, et correcte orthographiquement dans une courte phrase dictée. — Si on recherche les souvenirs très anciens, on s'aperçoit qu'ils sont très lacunaires; elle dit avoir été en apprentissage chez une fleuriste, mais ne sait pas où. Prétend qu'elle n'a jamais travaillé, qu'elle passait son temps à lire, à ne rien faire. Elle sait seulement qu'elle se fournissait au Louvre et non au Bon Marché, mais en dehors de cela elle dit qu'elle ne se rappelle pas, et je juge inutile de chercher à lui faire rappeler d'autres détails. Comme d'autres malades qui ont perdu la mémoire, elle cherche dans ses réponses à expliquer pourquoi elle ne se souvient pas. Ainsi elle dit qu'elle a habité faubourg Poissonnière.

D. — Quel numéro?

R. — Je n'ai jamais regardé, n'ayant pas à m'en souvenir, puisque je reconnais la maison.

Observée dans le service (1), on s'aperçoit qu'elle est incapable de faire sa toilette seule, bien qu'elle s'habille seule, fasse son lit seule et se couche seule. Dans les premiers jours elle ne reconnaissait ni son lit ni sa salle; elle a fini au bout d'un mois environ par les retrouver. Elle ne fait attention à rien; la cloche des repas, elle ne l'entend pas ou n'y obéit pas; on est obligé de venir la chercher dans la cour. Elle mange seule très proprement, sans rien dire à ses voisines; d'ailleurs elle ne parle que quand on l'interroge, et elle est toujours très polie. Elle reste solitaire sur un banc toute la journée sans aucune occupation; elle a refusé d'aller coudre à l'atelier, disant : « J'ai tout ce qu'il me faut ici, je n'ai pas besoin d'argent, d'ailleurs je n'ai jamais travaillé; chez nous j'avais une femme de ménage, mais je ne cousais jamais; quand elle avait fini son ouvrage, je la payais et elle se retirait. » J'ai dit qu'elle n'avait aucune occupation; si, elle en a une: elle passe son temps à fouiller avec ses doigts dans son nez, principalement dans la narine gauche; elle a les doigts pleins de sang et il y a du sang sur ses vêtements; c'est évidemment ainsi qu'elle a fini par s'enlever l'aile gauche du nez presque entièrement. Quand on lui demande pourquoi elle agit ainsi, elle nie obstinément mettre les doigts dans son nez malgré l'évidence, et on ne peut obtenir aucune explication de ce geste stéréotypé, de cette auto-mutilation. Elle a d'ailleurs le cartilage de la cloison perforé. La santé physique est bonne.

Les renseignements fournis par une belle-sœur sont très vagues. En 1901 elle aurait fait une bronchite grave avec forte fièvre, délire intense, pendant lequel elle voyait des animaux, paraît-il, et à la suite de cela elle a été envoyée

(1) La conduite des malades, dans le service est importante à étudier minutieusement. La surveillante est chargée de remplir un questionnaire où les principaux actes sont prévus; elle doit inscrire très exactement comment ils se sont accomplis. (V. le questionnaire dans la IIIe partie).

à la Salpêtrière où elle est restée comme mélancolique, signalée aussi comme épileptique, dans le service du docteur Charpentier d'où elle a été transférée il y a un an à Dun-sur-Auron, pour revenir ici. Elle aurait fait des tentatives de suicide dans sa jeunesse et aurait eu une vie irrégulière; placée dans une maison de correction, faisant des excès de boisson, elle *aurait eu* des accès d'épilepsie; ne travaillait pas, était entretenue.

Il est donc fort difficile de connaître l'affection qui se cache sous la démence. Quoi qu'il en soit, c'est un type du syndrome démence, réunion des signes suivants : perte de la mémoire, désorientation dans le temps et l'espace, perte de la perspicacité, puisqu'elle est incapable de juger les personnes qui l'entourent, d'apprécier les relations qui unissent les différentes parties d'une image, etc., faiblesse de l'attention, affaiblissement de l'imagination (1), indifférence complète. A cela vient se joindre l'inertie intellectuelle et motrice très grande, accompagnée d'une toute petite agitation automatique très circonscrite, stéréotypée, une sorte de tic, cet acte de s'arracher l'aile du nez et le cartilage de la cloison. Le stock appauvri d'idées que Mme Dec... a conservé n'est pas utilisé pour un travail quelconque, même d'ordre inférieur, comme cela arrive dans d'autres cas. Il y a seulement conservation de certaines habitudes automatiques de politesse, de faire son lit, de manger proprement, etc., qui survivent généralement très longtemps à l'affaiblissement intellectuel. Après cela, il n'y a guère comme affaiblissement intellectuel plus profond que celui du dément qui ne répond même plus aux questions ou à peine, qui ne comprend plus rien et est réduit à la vie végétative (voyez l'observ. de Sou...). Au total, l'essentiel de cet état est la diminution du nombre des idées utilisables et l'utilisation pour un travail inférieur, ici nul, de ces idées; c'est ce que l'on peut appeler d'un mot l'appauvrissement intellectuel, *le déficit intellectuel*. Il s'y joint *l'appauvrissement émotionnel et sentimental* : bref l'appauvrissement général de l'esprit, le déficit de l'esprit dans son ensemble. Mais comme ici il y a *inertie intellectuelle* presque absolue, on a cette *variété* de *démence* qu'on appelle quelquefois *apathique*; comme il n'y a pas de délire on peut l'appeler aussi par un autre côté *démence simple* (2).

(1) Ce signe est difficile à mettre en évidence ici à part, le travail intellectuel étant nul; mais il est très marqué chez les déments qui ayant eu à exercer leur imagination dans leur profession en ont encore des restes. On en verra des exemples plus loin.

(2) Je prends cette expression dans le sens : syndrome démence sans délire, pour l'opposer à cette variété du syndrome démence qui peut comporter du

Démence agitée et incohérente. — Na... est un épileptique (1), qui à la puberté est tombé dans la démence. Cette démence présente les caractères suivants : perte de la mémoire (moins marquée que chez Mme Dec...), désorientation dans le temps et l'espace, perte de la perspicacité, comme on le voit par les dessins qu'il fait et qui révèlent des fautes grossières contrastant avec des marques d'un ancien savoir, appauvrissement intellectuel, indifférence à se trouver à Bicêtre. Mais avec cela il y eut longtemps conservation d'un certain degré d'activité intellectuelle, d'un niveau inférieur, le malade passant son temps à dessiner, avec les erreurs que je viens de relater; il a des moments d'agitation (pendant lesquels il a le coup de poing facile), et, quand la musique joue le matin dans le service, il se livre à une danse effrénée, sautant, gesticulant à tours de bras sans suivre aucune mesure, si bien qu'à la fin il est hors d'haleine. Il tient des propos généralement incohérents, revenant sans cesse sur ce qu'il faisait chez lui, et une fois lancé il s'excite (excitation intellectuelle) et se livre à un bavardage qui finit certainement par ne plus rien représenter du tout dans son esprit. Il faut noter ici que sa mimique est expressive, relativement intelligente, lorsqu'il parle (c'est l'ancien automatisme qui joue).

On appelle quelquefois cette variété de démence *démence agitée*, à cause de l'agitation, mais on pourrait aussi l'appeler *démence incohérente* à cause du bavardage incohérent qu'il est inutile de reproduire après les exemples que j'ai donnés aux articles Incohérence et Langage de perroquet. Ces signes, agitation et incohérence, viennent s'ajouter au fond essentiel de l'appauvrissement de l'esprit et paraissent liés à la même cause productrice.

Démence vésanique. — God... était, paraît-il, très bon mécanicien, mais sans grande instruction. En 1874, à 25 ans, il est tombé malade, a été placé dans différents asiles, est rentré à Bicêtre en 1901, et au moment où je l'observe pour la première fois en 1906, il a 57 ans et est dément. Il présente un affaiblissement intellectuel très grand, manifesté par les propos et les occupations que je vais mentionner, la perte des souvenirs, un manque de perspicacité sur bien des points, de la désorientation incomplète dans le temps et le monde extérieur, une attention encore bien conservée et une indifférence absolue à son sort ou plutôt une indifférence mêlée d'une sorte de philosophie bonhomme, « rigolo », qui va bien avec les actes enfantins qu'il commet. C'est que God... n'est pas un inerte; il est occupé toute la journée manuellement, intellectuellement; sa mimique est intelligente; il bavarde volontiers et ses propos ne sont pas sans sel, bien que souvent incohérents et délirants.

délire. On l'entend souvent autrement, beaucoup d'auteurs donnant le nom de démence à l'affection même où apparaît le syndrome démence. Il y a là une confusion d'expressions consacrée par l'usage, aujourd'hui, plus que jamais, et l'on dit couramment démence précoce, démence paralytique, démence sénile, au lieu de affection où apparaît une démence précoce, méningo-encéphalite diffuse, altération sénile du cerveau.

(1) Bien qu'épileptique, il n'y a pas ralentissement, contrairement à ce qui se passe habituellement.

A un examen en janvier 1908, il sait, contrairement aux jours précédents, que l'on est en Janvier, en 1908, « parce que, dit-il, j'ai vu passer des almanachs du *Petit Journal* avec la figure du Président de la République.»

D. — Depuis combien de temps êtes-vous ici ?

R. — Une éternité, pour ne pas se tromper.

D. — Est-ce trois jours, un an, dix ans?

R. — Je n'en sais rien, peut-être plusieurs mois, plusieurs années, peut-être plusieurs siècles.

D. — Pourquoi des siècles?

R. — Parce qu'on l'a vu construire (?)

D. — Vit-on des siècles?

R. — Oui, par la procréation.

D. — Ce n'est pas nous alors, c'est nos parents?

R. — En nous.

D. — Vous êtes un philosophe!

R. — Aidé par vous.

D. — Quel âge avez-vous?

R. — D'après le droit héréditaire, je serais très vieux. Depuis que le monde existe, nous existons.

. . . .

D. — En quelle année êtes-vous né?

R. — Je ne veux pas en croire l'écriture.

D. — Si vous aviez soixante-deux ans, nous sommes en 1908, en quelle année seriez-vous né?

R. — En 46.

D. — Vous n'êtes pas né ici?

R. — Je ne me suis pas vu venir et je ne me verrai pas partir.

Il manifeste des idées de persécution non moins vagues que les idées ci-dessus et par moments une demi-reconnaissance de son état :

R. — C'est ma pensée propre introduite par une transmission de pensée par des personnes qui sont juge et partie..... Quand on rentre dans un établissement, on laisse dehors sa cervelle. L'administré n'est plus rien de ce qu'il a été parce qu'il n'est pas maître de ses idées. L'habit fait tout, il fait le moine.

D. — Qui vous transmet vos pensées?

R. — Ça ne peut être que les estudiants et les estudiantes parce qu'ici on fait une école, nous avons besoin d'avoir les idées occupées.....

Un autre jour, il dit que ce sont les hommes de science qui lui donnent les pensées; il a le cerveau fêlé, son estomac et tous ses organes internes ont été changés plusieurs fois par la « méthode de transmission où l'on voit dans les corps comme dans une glace ». Il a digéré des métaux très durs au moyen de procédés scientifiques que l'on pourrait faire agir à distance, etc..... On a tout démonté ses idées. « J'ai malheureusement mangé du fricot de préfecture et j'ai perdu la raison..... Je me suis trouvé cabalé à la muette par une de mes voisines..... On m'a enlevé un testicule pour le donner à un autre qui en a trois maintenant, mais je me moque de cela, ça ne me gêne pas! » Si on essaye de faire préciser les idées délirantes, on n'obtient que des réponses vagues et peu cohérentes.

Il passe son temps à fabriquer un tas de petits objets avec les innombrables

et innomables débris de toute espèce qui remplissent ses poches : il a trouvé moyen avec un clou de perforer un os et a fabriqué un flageolet rudimentaire dont il tire des sons peu harmonieux. « C'est l'amusement des enfants, nous retournons en enfance ». D'un vieux fond de bouteille il a fait une loupe dont il dit se servir pour lire. Il est vrai qu'il ne lit guère, « d'autres choses, dit-il, l'intéressent plus ». Et il tire de sa poche pour la montrer une étrange paire de lunettes formée de deux fonds de boîte en fer blanc figurant les verres, découpés en ovales, criblés de trous comme une passoire, reliés par une ficelle pour passer sur le nez et par une autre pour passer au-dessus des oreilles et derrière la tête. Il se promène gravement dans la cour avec cet instrument sur le nez, en affirmant qu'il voit mieux. Un jour il entre dans le cabinet du médecin avec un chapeau pointu en papier peint avec une jugulaire, et il annonce avec solennité qu'il y a un pensionnaire dans ce chapeau : c'était un hanneton qu'il y a conservé plusieurs jours. Comme je dis tout haut : « Il est malin M. G... », il répond : « Je vous ferai observer que les deux extrêmes se touchent ». Un autre jour G..., ayant fait une réponse avec assonnances, je dis :

D. — Vous faites des vers?

R. — Oui. Quand j'étais petit!

D. — Êtes-vous heureux ici?

R. — Je suis le plus heureux des fous, tout le monde l'est bien un peu.... Monsieur Dieu nous a mis au monde en rigolant.

Si j'ai donné tant de détails sur cette observation, c'est pour montrer le syndrome démentiel comportant un certain degré d'activité intellectuelle, mais de niveau inférieur, avec perversions un peu enfantines de l'imagination, enfin une vague reconnaissance par le malade de son état pathologique et l'acceptation de sa situation avec une indifférence souriante. On peut donner à cette forme le nom de *démence incomplète* à cause de la conservation relative de l'intelligence, et aussi insister sur le fait de l'enfantillage, du « puérilisme » des occupations du malade.

Mais il y a aussi du délire. Ce délire n'appartient pas au syndrome démence. Exprimé comme il l'est par le malade, il paraît bien actuellement être le reliquat d'un délire autrefois plus actif, auquel à un certain moment est venu se joindre le syndrome démence, et qui a réagi sur lui, si on peut dire (voyez plus loin p. 248.) C'est donc une démence incomplète avec reliquat délirant, qu'on appelle *vésanique* pour marquer qu'il y a eu d'abord une période délirante.

Démence vésanique avec incohérence et stéréotypies. — Meye..., est un dément de 60 ans qui, lui, est assez inerte, indifférent, et qui ne se livre pas à mille petites industries comme God... Pourtant, il n'a pas une mimique complètement inintelligente. Il sait qu'il est à Bicêtre, maison de fous, mais il ne sait

pas la marche du temps avec beaucoup d'exactitude. Par contre, il a conservé une mémoire assez exacte des choses qu'il a apprises dans sa jeunesse; il écrit spontanément des vers français, le commencement de la « Lorelei » de H.Heine, en allemand, avec deux oublis aux deux premiers vers, enfin le « pater noster » en anglais, le tout avec une orthographe irréprochable. Il sait la date de la guerre de 70, mais est incapable de calculer le nombre d'années écoulées depuis jusqu'en 1908. Il ne se souvient que fort vaguement des événements de son existence, bien qu'il dise avoir été employé de commerce à Mulhouse avant la guerre. En un mot, il y a appauvrissement intellectuel, perte de mémoire sur certains points, désorientation dans le temps et indifférence complète. De plus, il a une idée délirante singulière ; il prétend avoir la capacité, « comme tout le monde », de voir à distance. Ainsi il se tourne vers l'Est et prenant l'attitude d'un homme qui regarde avec attention, il dit apercevoir les équipages et le public qui se promènent dans les rues de Mulhouse.

« J'ai vu déjà en Amérique, dans les Indes, partout; je vois à travers la la terre, dans la mer, avec mes faibles yeux; ils sont plus forts que je ne croyais; au commencement, cela me faisait peur de voir la mer intérieurement, mais c'est tout de même comme cela. » Cela s'est produit il y a cinq ans à la suite « du mouvement des esprits. C'est l'esprit de tout le monde, le mien, le vôtre, tous les hommes voient la même chose..., au loin, plus ou moins près, suivant que l'esprit les fait « prépondérer ». Ceci est un mot fabriqué (néologisme). Il entend aussi causer les personnes qu'il voit à distance, mais tout cela est très flou, incohérent, comme toute sa conversation en général, et il est impossible d'obtenir une description précise de ce qu'il voit. — Il n'y a probablement pas d'hallucination du tout. C'est le reste d'idées délirantes anciennes. Pendant l'examen, le malade fait de temps en temps des mouvements bizarres, comme s'appliquant à emplir son thorax d'air par des inspirations profondes: en même temps il hausse les épaules et tire la langue d'une façon automatique. On ne peut obtenir de lui d'autres explications que : « C'est la respiration qui ne marche pas. » C'est un mouvement stéréotypé. (Voyez p. 208).

Il y a donc ici *démence avec incohérence, avec stéréotypies et coexistence d'idées délirantes* comme chez God..., mais avec mots fabriqués (« prépondérer »).

Affaiblissement intellectuel. — J'ai déjà donné (p.89) à propos de la mémoire un résumé de l'état mental d'un homme, Bou... qui, à la suite de chagrin et d'excès quotidiens d'alcool avait perdu une partie de ses capacités intellectuelles, tandis que la bonne opinion qu'il avait de lui-même avait très augmenté. Ce très faible degré de démence, dont la valeur n'était appréciable que pour un médecin, était pourtant reconnu par les patrons de Bou..., qui le trouvaient changé et disaient de lui qu'il n'était plus le même. Ce très faible degré de démence était caractérisé tout de même par l'appauvrissement intellectuel. La mémoire avait souffert beaucoup, si bien que Bou..., portait un carnet pour noter ses affaires, mais en outre il commettait des erreurs de jugement dans son travail, dans ses appréciations, dans sa conduite envers sa femme,

ses enfants et ses patrons, ce qui indiquait bien une diminution de la perspicacité (1). La vanité, dont il fait justement preuve maintenant qu'il est moins autorisé que jamais à se vanter de ses capacités, paraît bien être en rapport avec la déchéance intellectuelle.

En somme, cette démence peut être qualifiée d'atténuée. On emploie souvent le mot moins grave d'*affaiblissement intellectuel.*

Caractères du syndrome. — Au total, nous voyons que le syndrome démence est constitué essentiellement par *l'appauvrissement intellectuel, émotionnel et sentimental*, se traduisant par la perte des souvenirs (il peut s'y joindre des faux souvenirs avec quelquefois une telle prédominance que la démence prend la forme du syndrome de Korsakoff), la désorientation, la faiblesse de l'attention, la perte ou l'erreur du jugement, de l'imagination, la baisse de niveau du travail intellectuel et manuel, mais il peut s'y joindre de l'inertie intellectuelle ou au contraire de l'excitation intellectuelle avec bavardage incohérent, de l'agitation automatique ou des stéréotypies. Dans certains cas de démence organique, le bavardage peut simuler la jargonaphasie de l'aphasie de Wernicke.

L'agitation et les stéréotypies paraissent liées comme le langage incohérent au syndrome démence lui-même, dont ils sont de bons signes quand ils apparaissent dans le cours d'une affection mentale.

Quant au délire, je l'ai séparé du syndrome démence dans les deux cas ci-dessus. Il convient de regarder de plus près quels sont les rapports du syndrome démence avec le syndrome délire. Mais auparavant il faut que je fasse remarquer au lecteur que la définition que je donne là exclut du syndrome démence l'état mental de la « démence précoce » formule Kraepelin, tant que celle-ci ne comprend pas un véritable déficit intellectuel et se réduit à l'inertie. Quant à ce déficit intellectuel qui diffère du déficit intellectuel de la stupidité et de la confusion, il en est séparé encore par la *constatation empirique qu'il est définitif et irrémédiable.*

Rapport du délire et du syndrome démence. — Je rappelle

(1) Je serais assez porté à croire que cette vanité dans ces cas-là est latente à l'état normal et qu'elle n'est exprimée au dehors que par suite de l'affaiblissement intellectuel, le malade n'ayant plus l'appréciation nette des circonstances sociales et ne percevant plus le ridicule de certaines vantardises. Il en est de même, *mutatis mutandis,* dans la débilité mentale.

une fois de plus l'observation de cette démente sénile qui racontait les choses les plus invraisemblables, qu'elle pouvait bien être enceinte, qu'on lui manquait de respect ainsi qu'à son mari en n'attendant pas celui-ci (mort depuis longtemps), etc. D'autres déments séniles présentent souvent des idées de persécution encore plus caractérisées; ils ne retrouvent plus les objets, qu'ils ont cachés ou placés quelque part, par suite de leur perte de mémoire et ils accusent leur entourage de vol, etc. Ces perversions de l'imagination sont la conséquence même des troubles et perversions de la mémoire. De même, l'affaiblissement de la perspicacité ne permet pas toujours au dément de faire la part de la vie réelle et des rêves nocturnes, si bien qu'il les confond souvent, d'où erreur et parfois délire avec aspect spécial... de rêve. Voilà le premier cas : le délire paraît *secondaire* à l'appauvrissement intellectuel; il fait partie du syndrome démence (1).

Vu..., paralytique général, est amené à la consultation de la Salpêtrière pour qu'on lui fasse un certificat de placement à Sainte-Anne. Il présente une satisfaction considérable avec excitation intellectuelle incohérente et agitation. Il bavarde, il est expansif, il nous propose, pour nous montrer sa force, de nous « flanquer une roulée » à chacun; il ne nous craint pas tellement, il est fort, etc. Il ne fait que peu d'attention aux questions et il y répond fort mal. Sa femme nous apprend qu'il était soigné au mercure depuis longtemps parce qu'il est tabétique; depuis quelque temps, il perdait la mémoire et était devenu incapable de travailler.

Ici, le délire de grandeur ne paraît pas découler de l'amoindrissement intellectuel, mais de la satisfaction, en un mot du fond même organique du trouble mental. Mais le syndrome démence *coexistant* imprime au délire un caractère spécial d'incohérence, de mobilité et de contradiction, d'absurdité et de niaiserie (Voyez à P. G. d'autres exemples).

Ainsi donc, dans le premier cas, la démence est *primordiale*; et s'il y a délire, celui-ci découle, en partie, de la démence, c'est bien alors un syndrome *démence délirante*, tandis que dans le second, le délire *peut* apparaître *concomitant*, mais revêtu de caractères spéciaux sous l'influence, semble-t-il, de cette concomitance, ce qui sera utile pour le diagnostic, comme nous le verrons tout à l'heure. On englobe quelquefois ces deux sortes de démence sous le nom de *démence primitive* pour marquer que le délire est secondaire; c'est une mauvaise expression, car le

(1) Ceci ne paraît être vrai que pour les idées de persécution et peut-être d'autres, mais pas pour toutes les idées délirantes de la démence sénile.

délire ne découle pas de la démence dans la paralysie générale, comme je viens de le dire. Il faut distinguer et il vaut mieux dire *démence d'emblée*.

Voici maintenant Lab... H. que j'ai déjà cité (p. 88) et dont on trouvera l'observation détaillée plus loin. Il commence par délirer pendant deux ans, réagit violemment, sous l'influence des idées de persécution, puis tombe dans la démence avec stéréotypies secondaires et incohérence complète : le délire a *précédé* l'apparition du syndrome démence.

Chez Pon... que j'ai déjà cité (p. 9), il paraît d'après les renseignements que, tout en continuant à travailler, il avait présenté au lycée des idées hypocondriaques, et ce n'est qu'au bout de trois ans que l'affaissement intellectuel s'est manifesté avec certitude.

Chez l'un et l'autre, le syndrome démence est apparu *après* le délire sous l'influence de l'aggravation inéluctable de l'affection, car il arrive souvent que ce syndrome ou plutôt quelqu'un de ses éléments, la perte de mémoire, apparaît très tôt, d'où le nom de démence précoce qu'il serait plus exact d'appeler rapide (1).

Sou..., que j'ai déjà cité (voyez l'observation complète) a eu autrefois un accès de delirium tremens; il a continué à boire, mais ce n'est qu'un an avant son entrée à Bicêtre qu'il a recommencé à délirer, à être agité, etc. On reconnaît à son arrivée, mêlées au syndrome démence, des bribes de délire hallucinatoire alcoolique. Ici, manifestement, le syndrome démence apparaît consécutivement au délire qui s'est manifesté 15 ans auparavant; c'est l'aboutissement d'une évolution qui aurait pu s'arrêter là si le malade avait cessé de boire. Je donnerai un exemple de délire infectieux auquel a succédé le syndrome démence (Observ. Q...).

Il en est de même à la suite de la mélancolie (voyez p. 629, une observation très typique) qui peut s'y reprendre à plusieurs fois, c'est-à-dire apparaître sous forme d'accès séparés par de longs intervalles pour aboutir enfin à la démence. Dans quelques cas, c'est à la suite d'un seul accès que la démence s'installe. Il en est de même à la suite de certains délires de persécution systématisés d'adultes qui finissent par présenter de la démence (je parle de la vraie démence et non de la pseudo-démence paranoiaque, voyez aux Folies systém.). C'est ce que l'on appelle *la démence secondaire*, *toxique*, *infectieuse*, *vésanique*. Cette expression semble

(1) Quelques auteurs croient trouver déjà cette démence en germe dans le délire; cette démence serait alors « primitive », elle aussi.

impliquer que le syndrome démence est amené par le délire, ce qui est inexact : le syndrome démence comme le syndrome délire n'est dans ces affections que la conséquence psychique du trouble somatique qui évolue et s'aggrave, puisque le syndrome démence est le signe de l'incurabilité. Ces distinctions en démence primitive et secondaire sont artificielles et erronées, car un traumatisme violent peut donner lieu à une démence ou d'emblée ou secondaire au délire dit traumatique ; la démence épileptique n'est pas consécutive aux accès de délire épileptique, mais bien aux accès convulsifs et surtout aux vertiges, et l'on peut se demander dans certains cas, si cette démence est la conséquence des accès eux-mêmes ou de l'extension des lésions causales.

Au fond, ce qui se cache sous ces dénominations inexactes de démence primitive et de démence secondaire, c'est la distinction entre les cas incurables et les cas qui *pouvaient* être curables, c'est-à-dire que c'est une question de diagnostic et de pronostic sur laquelle il convient d'insister : *les signes diagnostiques de la démence constituent des signes pronostiques de l'incurabilité de l'affection.* Le lecteur comprendra mieux ce passage après l'exposé des Types cliniques complets.

Il y a aussi cette doctrine que la démence est quelque chose de surajouté, et enfin la confusion entre le *syndrome démence* et l'affection sous-jacente qu'on exprime par le même mot. Il ne s'agit que de s'entendre ; mais en médecine mentale règne une mauvaise terminologie qui prête à erreur. La démence et le délire sont deux syndromes distincts (sauf pour certaines idées délirantes dans la démence sénile) ; mais la démence peut réagir sur le délire, c'est-à-dire que quand les deux coexistent, le délire revêt des caractères particuliers.

Diagnostic direct du syndrome. — J'ai déjà parlé de ce diagnostic, quand il n'y a pas de délire, avec les syndromes *stupidité* et *confusion* (voyez aussi à Syndrome de Korsakoff, p. 259).

Avec le syndrome *aphasie*, le diagnostic ne présente pas de difficultés, si l'on adopte les vues de Pierre Marie, pour qui l'aphasie est une démence, l'aphasie de Broca étant de l'anarthrie. Si on ne va pas si loin et si on accepte l'idée que l'aphasique, fût-il un dément, est avant tout un individu privé de la fonction du langage à un plus ou moins haut degré, il faut rechercher si avec cette aphasie il y a vraiment appauvrissement intellectuel dans le sens que j'ai défini plus haut.

Avec le syndrome *faiblesse intellectuelle congénitale ou infantile, arriération mentale*, la difficulté est beaucoup moins grande, même en l'absence de renseignements, car le noyau d'idées qui reste dans la démence laisse le plus souvent entrevoir qu'il est un reliquat, tandis que dans le noyau d'idées qui existe chez l'arriéré il manque certaines d'entre elles que la vie normale eût apportées, il manque certaines tournures d'esprit et de langage qui survivent par bribes dans le premier cas. Puis il y a les signes concomitants, l'aspect et la mimique qui diffèrent; le masque de l'arriéré, de l'idiot, ou plutôt les masques des idiots, des imbéciles, sont souvent très caractéristiques.

J'emploie le mot faiblesse congénitale ou arriération d'une façon générale, mais en ayant en vue surtout les formes légères, car pour l'imbécillité proprement dite et l'idiotie on est rarement appelé à chercher longtemps pour établir son diagnostic.

Il n'est pas très difficile (sauf quand il y a délire) de distinguer la *débilité mentale* des premiers signes d'affaiblissement intellectuel. Le masque, la nature même, la *sottise* des erreurs de jugement, la coexistence fréquente d'arriération viennent lever les doutes.

Pourtant il n'est pas toujours commode, comme j'ai l'occasion de le constater, de distinguer la *démence épileptique* de l'arriération mentale ou de la débilité avec épilepsie. En l'absence de renseignements c'est parfois très épineux, surtout s'il s'agit d'un adulte dont la démence remonte à la puberté, et chez qui l'instruction scolaire a disparu, tandis que l'éducation et l'instruction que donne la vie elle-même n'ont pu être acquises. Une autre difficulté est aussi la distinction d'avec l'arriération du syndrome démence lié à l'épilepsie, la syphilis cérébrale, la paralysie générale, chez l'enfant. On ne pourra guère faire le diagnostic sans s'aider des autres signes de l'affection. Pourtant il me paraît que la démence épileptique typique s'accompagne d'un ralentissement extrême des processus intellectuels et des actes, qui ne se rencontre guère ailleurs, parfois avec reconnaissance de l'affaiblissement mental, ce qui rapproche cette démence d'une confusion chronique dont elle a en grande partie le caractère, ce qui n'est pas étonnant vu la genèse de la démence épileptique (voyez cet article).

On peut encore confondre le syndrome démence avec l'état spécial du *psychasthénique*, ou plutôt on peut se demander si

sous l'apparence de la psychasthénie ne se cache pas le syndrome démence à l'état fruste. Ceci est fort important, principalement dans certains cas de paralysie générale, chez lesquels l'apparence est pendant longtemps en faveur de l'affection la moins grave. J'ai déjà expliqué qu'ici généralement c'est la mémoire qui est atteinte la première (voyez p. 92 sur la mémoire) et qui peut être atteinte comme chez le neurasthénique, c'est-à-dire que l'évocation n'arrive pas à se faire au moment opportun. Au point de vue du syndrome seul, tant qu'il n'y a pas vraie perte des souvenirs et tant qu'il ne s'y joint pas un autre élément de celui-ci, par exemple des erreurs de jugement manifestes, on ne doit rien affirmer.

Diagnostic indirect de la démence. — 1° Par le délire. — *A*. — *Par le délire incohérent d'emblée.* — Nous avons vu plus haut les rapports du délire avec le syndrome démence : sauf dans la démence sénile où le délire paraît souvent découler du syndrome même, dans les autres cas il s'agit de deux syndromes différents. Mais nous avons dit à propos de la paralysie générale que le délire paraissait être influencé par la démence et revêtir des caractères particuliers d'incohérence, d'absurdité, de mobilité, etc. — Quand un malade délire avec ces particularités, sommes-nous en droit de conclure *indirectement* à la présence du syndrome démence? Autrement dit, le délire incohérent (1) (voyez p. 176) est-il toujours un signe de démence? Ceci est d'une grande importance pratique, car il peut se faire qu'il soit malaisé de rechercher directement les signes de la démence. Il faut s'entendre. Certainement oui, dans la paralysie générale, comme je viens d'en donner un exemple, page 246, et dans la démence sénile. Dans la démence précoce à forme paranoïde il y a dès le début un délire très incohérent et souvent tout à fait « polymorphe », c'est-à-dire avec toutes les variétés d'idées délirantes. Mme L..., que j'ai tant de fois citée, dont le délire était d'une incohérence, d'une extravagance extraordinaires, ainsi que je l'ai fait remarquer (p. 143, p. 153 et p. 174) n'a eu, pendant tout le temps que j'ai eu l'occasion de la voir, vraiment aucun signe de démence proprement dite ; mais elle a eu un autre signe indirect (stéréotypie) tout à la fin (2). Il est probable

(1) Je rappelle qu'il ne faut pas confondre l'incohérence avec la pseudo-incohérence par langage symbolique des vieux fous systématisés non déments (Voyez p. 108.)

(2) Ce qui complique la question ici, c'est que cette dame était aussi une débile par certains côtés.

que le syndrome démence apparaîtra, mais c'est tout ce qu'on peut dire. Enfin on verra plus loin l'observation complète de Ver... N., un incontestable débile par sa tenue, par ses manières, son aspect, atteint d'un délire de persécution, de grandeur, et mystique, relativement systématisé, à allure chronique, mais incohérent et niais par certains points; devais-je le prendre pour un dément? Il m'a semblé impossible de le faire et j'ai rattaché cette incohérence et cette sottise du délire à la débilité mentale sous-jacente. On a lu des fragments de l'observation de Gar... E., que j'ai déjà cité (p. 152) avec délire de grandeur et de persécution, tout à fait incohérent. C'était un débile, il a guéri de son accès qui aurait pu être pris pour un délire symptomatique de paralysie générale. Enfin, on trouvera aux Folies aigues l'exemple d'un délire polymorphe et incohérent, avec agitation et excitation, qui a guéri. L'incohérence était due très probablement à l'excitation. D'où la règle : l'incohérence « à froid » est mauvais signe, elle indique la démence, présente ou future, ou la débilité mentale très marquée. — Y a-t-il des exceptions à cette règle?

Concluons donc : avant *d'affirmer* que le syndrome démence se cache derrière le délire incohérent d'emblée, il est prudent de rechercher les autres signes indirects et surtout les directs.

B. — Par certaines modifications du délire et des hallucinations. — Ici, c'est plus facile.

Le vieil alcoolique Sou... (déjà cité p. 149), avait un délire de rêve déjà un peu effacé. Celui-ci n'a plus bientôt montré que des lambeaux d'idées de persécutions, et les idées de jalousie émises participaient aussi de la transformation du délire qui devenait plus incohérent, fragmentaire, terne, irrégulier, monotone, etc. D'autres fois il arrive que le délire se circonscrit, devient un rabâchage restreint, les hallucinations pâlissent, etc. Il en est de même pour les délires infectieux, d'épuisement ou traumatiques, qui annoncent par une transformation analogue l'apparition du syndrome démentiel.

Le malade cité précédemment, God... (p. 243) avait un délire qui, d'après toute probabilité, avait été plus ou moins systématisé. L'incohérence, qui apparait d'après les extraits que j'en ai donnés, est bien en rapport avec la démence facile à constater par ailleurs. L'observation de Lab... (V. plus loin) montre bien l'apparition de

l'incohérence et des autres signes d'affaiblissement du délire portant sur son intensité et sur sa « tenue ».

Après la mélancolie, la transformation du délire a lieu souvent avec un autre aspect, par l'intermédiaire de la « paranoia secondaire » (voyez p. 166) (1), qui indique la chronicité, et *après* elle une nouvelle transformation paraît indiquer l'apparition du syndrome démence. Cette nouvelle transformation porte surtout le renforcement extrême des idées de négation, de possession, d'énormité avec absurdité de plus en plus grande, tendance à l'incohérence, à la « dislocation » du délire, etc., bref à son affaiblissement. D'autres fois (voyez au chap Mélancolie) le délire pâlit et fait place aux signes secondaires de la démence.

On peut donc dire que les modifications du délire sont ordinairement des signes indirects du syndrome démence.

2° Par les signes secondaires (2) du syndrome démence et par les modifications somatiques.— Comme j'en ai longuement parlé aux symptômes, je ne ferai que les énumérer ici : bavardage, avec monologue et langage de perroquet, habitudes spéciales, enfantillage, tics, stéréotypies, chiffonnage, agitation automatique, impulsions, actes incohérents, etc.; enfin le changement de caractère par appauvrissement des émotions et des sentiments; bref, la *séparation* des différents symptômes qui évoluent chacun pour soi, si on peut dire.

Il faut aussi rechercher les signes physiques (3). A la suite de la période aiguë du trouble mental, les symptômes somatiques disparaissent peu à peu (délires toxiques, infectieux, etc.), le malade engraisse, se porte mieux, digère parfois très bien, mange avec gloutonnerie, etc. ; bref, s'installe confortablement dans sa démence pour y durer longtemps. Cette transformation physique qui accompagne la transformation du trouble mental est un signe souvent précieux de la déchéance finale de l'esprit.

Evolution de la démence. — Ceci se rattache étroitement aux considérations précédentes. Lorsque le syndrome démence apparaît, il apparaît rarement au complet d'emblée. C'est tantôt l'un, tantôt l'autre des signes révélateurs qui se montre le premier, reste

(1) Qui peut apparaître aussi dans l'alcoolisme chronique, bien que ceci soit assez discuté.

(2) Ces signes sont au fond pour la plupart des signes du trouble mental primitif, délire ou autres, modifiés par la démence et par suite mixtes, si je puis dire.

(3) Je ne parle ici que des signes qui paraissent accompagner la « transformation » de certains délires en démence.

plus ou moins longtemps seul ou est accompagné bientôt par d'autres, et comme cela peut se combiner aux modifications du délire, il s'ensuit que cela varie suivant le type clinique.

Cette variation dans l'apparition et le groupement des signes directs ou indirects du syndrome peut avoir une certaine valeur sémiologique.

Puis la démence confirmée s'installe et peut durer plus ou moins longtemps suivant les types cliniques, rester stationnaire ou s'aggraver avec plus ou moins de rapidité. On ne peut que se tenir dans ces généralités, chaque démence ayant son évolution spéciale et son caractère propre *encore insuffisamment distingués*. A un certain moment elles paraissent toutes se ressembler fort.

Valeur sémiologique. — Je ne l'indique que pour les principaux types cliniques. Cela revient à faire le diagnostic différentiel des types cliniques où apparaît le syndrome démence. On ne peut le faire *ordinairement qu'au début*, et en ajoutant *avec réserves*, car il y a des exceptions à ce que je vais dire. Le syndrome démence chez l'alcoolique est caractérisé par la perte des sentiments familiaux, les querelles, les actes immoraux, les idées de grandeur ou de jalousie plus ou moins systématisées (que l'on peut difficilement séparer) (voyez à l'art. Alcoolisme). Chez le délirant par infection ou le confus, on trouvera des hallucinations isolées persistantes, etc., des fausses reconnaissances, des stéréotypies, des attitudes particulières, un embonpoint parfois marqué (voyez aux Types cliniques). Chez l'épileptique, c'est la mémoire qui baisse avant tout; il y a le plus souvent une lenteur particulière qui s'installe peu à peu dans le fonctionnement intellectuel avec apathie sans délire : c'est une confusion chronique avec paroxysmes post-convulsifs (voyez l'observ. de Mme But..., p. 398). Chez le paralytique général, la démence est *en bloc* très rapide, mais c'est d'une part la mémoire, d'autre part souvent les oublis de la pudeur élémentaire ou de la politesse qui caractérisent le début de cette affection à évolution fatale, à délire prodigieusement incohérent (1). La démence orga-

(1) A propos de ces pertes précoces des sentiments de politesse et de pudeur, j'ai vu, le jour même où je rédigeais ce passage, à la consultation de la Salpêtrière, un paralytique général de 35 ans, Arc..., amené par sa femme, qui n'avait cessé son travail que depuis quelques jours seulement. Il entra sans mot dire, et s'assit sur une chaise le chapeau sur la tête. Sa mimique exprimait seulement la préoccupation et non l'indifférence ou la satisfaction du paralytique. Sa femme raconta, sans qu'il en parût offensé, que depuis quelques jours il n'était plus le même, qu'il s'était masturbé cyniquement devant leur enfant et qu'il ne cessait de la poursuivre, elle, de ses assiduités devant tout le monde. Interrogé sur son

nique par ramollissement, c'est l'incohérence et la perte de mémoire sans délire ordinairement. La démence sénile, c'est surtout la perte des souvenirs récents avec conservation des anciens, tendance aux faux souvenirs, confusion fréquente des rêves nocturnes avec la réalité, sans délire proprement dit ou avec délire peu cohérent (1).

Le syndrome démence, qui apparaît à la fin de la mélancolie, peut être caractérisé par des idées de négation, d'énormité etc., avec perte de la mémoire pas très intense (p. 166) ou au contraire par des stéréotypies, etc. (voyez Mélancolie). Le syndrome démence qui termine une paranoia mal systématisée montre des bribes incohérentes des idées délirantes, des hallucinations effacées, des néologismes, des stéréotypies, avec longue conservation relative de l'intelligence (voyez les observ. de God... et de Meye... au courant de ce chapitre.) Elle ressemble beaucoup, sauf avec beaucoup moins d'incohérence du délire, et surtout moins de stéréotypies et moins d'indifférence, à la démence de la folie paranoïde.

La démence dans les folies discordantes se marque par les mêmes caractères que le type clinique avant la démence: dans la folie paranoïde, incohérence extrême du délire plus accentué qu'ailleurs, contrastant avec une conservation relative de la mémoire et du jugement (voyez l'obs. de M[me] L...); dans l'hébéphrénie, inertie intellectuelle presque pure très longtemps, avec très peu de perte de mémoire et très peu d'idées délirantes (voyez observation Delo...); dans la catatonie, prédominance de la stupeur, de la catalepsie, des stéréotypies, de la *litanie*, etc., avec peu de perte de mémoire, etc. Pour affirmer la démence dans ces types cliniques il faut la constater *directement*.

Je dois corriger ce que ces schémas ont d'absolu en disant que ces différences de symptomatologie sont fréquentes et non constantes et qu'on ne devra jamais, je le répète, se contenter des seuls signes indirects du syndrome démence, mais rechercher tous les autres signes pour faire le diagnostic. Je dois aussi faire remarquer une fois de plus que de toutes les démences, la plus profonde et la plus rapide est celle de la paralysie générale. Le

attitude, le malade prétendit qu'il était préoccupé parce qu'il avait autrefois fait du traçage (partie du métier de mécanicien) et tint d'autres propos incohérents. Le diagnostic fut complété par la constatation du signe d'Argyll Robertson et de l'abolition des réflexes rotuliens et achilléens.

(1) Dans l'involution sénile normale, outre ces mêmes caractères atténués, on remarque souvent une grande lenteur de la compréhension.

masque seul du P. G. le montre bien, ainsi que je l'ai vu d'une façon frappante en faisant à Bicêtre l'expérience suivante : j'ai fait ranger dans la bibliothèque du service d'un côté tous les paralytiques généraux qui pouvaient se lever, et de l'autre tous les déments d'un autre type. Ces derniers avaient encore conservé une mimique intellectuelle remarquable comparativement aux paralytiques. Il n'y avait guère qu'un vieil alcoolique (Sou..., déjà cité) ou deux qui pussent soutenir la comparaison avec ces derniers.

Mais à la fin de l'évolution des affections, la démence est parfois si profonde que toutes les distinctions s'effacent et que le diagnostic différentiel du syndrome devient impossible par luimême (1).

Démence précoce de Kræpelin. Démence précoce de Morel. — Comme on le verra plus nettement aux Types cliniques, les troubles mentaux divers décrits par Kræpelin, sous le nom d'ensemble de démence précoce, ne constituent pas en réalité au début des états démentiels ou de la démence d'emblée, pas plus qu'ils n'apparaissent toujours précocement, c'est-à-dire chez des jeunes gens; aussi ai-je cru préférable de les grouper *provisoirement* sous le titre de *Folies discordantes* à cause de leur véritable caractéristique principale, la discordance. Je trouve que cette expression démence précoce est mauvaise, pourtant il m'arrive de l'employer, entraîné par l'exemple, mais toujours dans le sens de folies discordantes.

Morel avait décrit des cas de *démence rapide* chez des jeunes gens à la suite d'un trouble mental paraissant quelconque; et, de fait, on peut voir cette véritable démence précoce, précoce comme âge du malade et comme âge de l'affection, terminer des crises d'obsession, des délires plus ou moins bien systématisés, des troubles du caractère, etc. Il semble que cette démence précoce soit accompagnée souvent de stéréotypies, de négativisme, etc., signes qui se rencontrent surtout dans les folies discordantes. On peut donc se demander si la démence précoce de Morel ne serait pas une vraie démence survenue rapidement dans les

(1) Ziehen a essayé de donner un diagnostic *psychologique* différentiel des démences. Voy. aussi Revault-d'Allonnes, *Les affaiblissements intellectuels dans la démence*, Paris, 1912. Il y aurait beaucoup à dire sur ce dernier travail, dont je prends connaissance ce chapitre étant imprimé. Ce sont d'ailleurs des recherches trop fines qui dépassent la portée de ce livre élémentaire.

folies discordantes, ayant débuté par des symptômes ressemblant à ceux d'autres types cliniques, ou si l'âge juvénile ne favoriserait pas l'apparition de la démence, quel que soit le type clinique.

Empiriquement, cliniquement, je suis tenté de répondre affirmativement à la dernière question : la démence juvénile de Morel contient plusieurs types cliniques ; elle n'est qu'un syndrôme juvénile, si je puis dire. Nosographiquement l'avenir décidera, comme je l'indiquerai à la fin du chapitre des Folies discordantes (1).

(1) J'ai employé dans ce chapitre l'expression de *travail intellectuel*, sans en distinguer les différents éléments. — Cela m'eût fait entrer dans des détails de psychologie normale et pathologique en dehors du cadre de cet ouvrage purement clinique.

CHAPITRE XXIII

LES SYNDROMES : SYNDROME (PSYCHOSE) DE KORSAKOFF. PUÉRILISME. NEURASTHÉNIE. FOLIE MORALE.

Syndrome de Korsakoff. — Un exemple chez une démente sénile, montrant que le syndrome comprend : la perte des souvenirs anciens, l'incapacité de retenir les choses actuelles, la désorientation dans le temps et le monde extérieur, les faux souvenirs. Peut être plus ou moins complet. Se rencontre aussi dans l'alcoolisme (avec névrites), le saturnisme parfois, et autres intoxications et infections, la syphilis cérébrale, la P. G. même, mais existe presque toujours, plus ou moins atténué, dans la démence sénile. On en verra d'autres exemples plus loin.

Puérilisme. — Peu important sémiologiquement. Un exemple : forme spéciale d'arriération. Renvoi à d'autres endroits pour des exemples dans le délire infectieux, la démence sénile, la démence vésanique, l'hystérie.

Sénilisme. — C'est l'inverse. Constaté chez un P. G.

Neurasthénie. — Devrait être considérée comme un syndrome. En fait sera décrite au déséquilibre mental et avec les obsessions. L'hystérie, elle aussi, serait-elle un syndrome ?

Folie morale. — Devrait aussi être considérée de même; mais sera décrite aussi au déséquilibre mental.

Syndrome ou psychose de Korsakoff (1).

Mme Hei..., est une vieille dame qui est atteinte depuis de longues années de démence sénile (je l'ai plusieurs fois citée). Elle n'apprend plus le présent et ne se rappelle que vaguement le passé lointain. Elle ne suit plus le cours du temps et ne sait même plus bien où elle se trouve, comme le montrent ses propos. Elle présente à un haut degré des fausses réminiscences bien plus qu'à l'ordinaire dans la démence sénile, où cela existe pourtant toujours peu ou prou. C'est, pour le dire tout de suite, en passant à cette forme que Wernicke a donné le nom de « presbyophrénie. » Je rappelle quelques-uns de ces faux souvenirs : un jour à dîner elle s'étonne de trouver un étranger qu'on ne lui a pas présenté (erreur de reconnaissance), c'était son petit-fils; en même temps elle se scandalise qu'on n'attende pas son mari pour se mettre à table; il est sorti, dit-elle, et ne tardera pas à rentrer. Or celui-ci est mort depuis de longues années. Une autre fois, en se mettant à table, elle tâte son ventre (elle était très forte et avait un vieux fibrôme utérin) et le trouvant proéminent, elle fit cette réflexion : « Je ne crois pourtant pas que je sois enceinte ? » Dans

(1) G. Ballet, Les Psychoses polynévritiques, *C. R. du Congrès des méd. al. et neur.*, 10e session, 1899, p. 200. — E. Dupré, *in Traité de Ballet*, p. 1123.

les derniers temps, on la vit vouloir absolument sortir de sa chambre où elle était renfermée; elle pleurait, se lamentait, disait qu'elle n'était pas chez elle. Elle voulait aller donner le sein à ses deux enfants qui mourraient si elle ne le faisait pas. Chaque jour il y avait une scène avec ses enfants, amenée par une nouvelle pseudo-réminiscence ou erreur d'imagination, comme on voudra.

Nous voyons, ici, en dehors des autres symptômes démentiels que je n'ai pas mentionnés, la réunion des symptômes suivants : perte des souvenirs récents et anciens, désorientation dans le temps et le monde extérieur, pseudo-souvenirs plongeant la malade dans un monde imaginaire qui a les plus grandes analogies avec le rêve prolongé (source de ces idées singulières dans nombre d'occasions, comme je l'ai dit). C'est ce qu'on appelle le syndrome de Korsakoff. Primitivement, Korsakoff l'avait décrit sous le nom de *Psychose polynévritique*, le rattachant aux névrites périphériques alcooliques. En fait, il n'en est rien et on peut le rencontrer en dehors de toute névrite, soit pur, c'est-à-dire sans baisse du niveau intellectuel ni confusion, soit avec démence ou confusion, auquel cas il imprime à ces syndromes une allure particulière. Enfin, il peut y avoir des cas où le syndrome de Korsakoff est presque privé de faux souvenirs, comme j'en donne un exemple plus loin chez un syphilitique Lac... Mais au total, ce syndrome se présente au complet avant tout dans l'alcoolisme chronique, le plus souvent alors avec névrites (voyez l'exemple de Gonn...) et dans la démence sénile où il est presque toujours sous une forme atténuée.

Puérilisme (1).

Giq..., Raymonde, est âgée de 30 ans et se trouve dans le service depuis 1903. Auparavant elle avait été à la clinique du Pr Raymond où elle avait présenté des attaques d'hystérie, des contractures diverses et « le genou de Brodie » (genou douloureux avec contractures) ; puis passée dans un des services d'aliénées où elle resta sans marcher pendant très longtemps ; enfin, elle entra dans le service spécial des épileptiques et hystériques aliénées. Depuis son entrée, paraît-il, elle est toujours dans le même état, celui où elle se trouve actuellement. C'est une grande fille très coquette qui se met des rubans au bout d'une natte tressée par elle-même, et qui est toujours habillée avec des jupes courtes, comme une enfant. Elle se tient mal, la tête et le corps penchés à gauche. Son occupation principale est de jouer à la poupée en dehors des heures d'atelier, heures qu'elle emploie consciencieusement à ourler des draps pour gagner

(1) René Charpentier et Paul Courbon, Le Puérilisme mental et les états de régression de la personnalité, *L'Encéphale*, 1909, 4e année, 2e s., p. 319 et 513.

de quoi s'acheter des poupées; elle en a trois, deux grandes et une petite, très chères. Elle a constamment sur sa table la petite poupée, un enfant qui vient de naître, couché dans une boîte en guise de berceau. Elle arrange elle-même les vêtements de ces poupées. En dehors de son travail et de ses jeux enfantins, elle lit beaucoup de livres, surtout d'histoire, et comme elle a bonne mémoire, elle sait assez de choses, bien qu'elle ait eu une instruction primaire rudimentaire; elle lit couramment et explique bien ce qu'elle lit, ainsi que les images de journaux amusants qu'on lui montre, mais son écriture est très défectueuse. Elle n'a plus d'attaques ni aucune manifestation hystérique, mais elle se met dans de violentes colères qui durent fort longtemps: elle se promène alors en gesticulant dans la cour et ne veut pas rentrer à l'atelier. En 1903, après une de ces colères, consécutive à une réprimande de la surveillante, elle a escaladé le mur du chemin de fer d'Orléans ; voulait se placer sous un train pour rejoindre sa grand'mère « qu'elle a vu mettre en bière ». Elle est très jalouse, très susceptible, très âpre au gain. A part cela, elle se conduit raisonnablement et ne demande aucunement sa sortie. Elle bégaie un peu et parle avec des élans comme un enfant. Elle montre ses poupées avec orgueil et en parle constamment. Elle avait eu auparavant des oiseaux « qu'elle aimait autant que sa grand'mère ». Quand on cherche pourquoi et depuis quand elle joue ainsi à la poupée, elle répond (elle est enfant assistée et il n'y a pas de renseignements sur elle), qu'elle y a toujours joué, même à 18 ans, quand elle était placée comme bonne; elle voulait toujours avoir dix ans, se reportant au temps passé où elle vivait avec sa grand'mère qui l'a élevée jusqu'à sa mort. — En somme, elle donne l'impression d'une enfant relativement intelligente, capricieuse, difficile, gâtée; elle se complaît dans ce rôle sans ignorer son âge qu'elle sait exactement. C'est une fille de 30 ans somatiquement (elle est bien réglée, mais, parait-il, d'après ce qu'elle dit elle-même, elle l'a été tardivement), qui en a 12 ou 13 pour la maturité intellectuelle. Il est à noter qu'elle n'aime pas les hommes, ainsi qu'elle l'a dit à la surveillante; elle ne se masturbe pas et n'a pas de perversions sexuelles. Elle court après tous ceux ou celles qui passent dans le service pour leur montrer ses poupées. Quand elle juge qu'elle a assez travaillé, elle se promène dans la cour en se couronnant de feuilles et en « faisant la grenouille »; elle chante un refrain: « il pleut, ça mouille, c'est la fête à la grenouille ». Il y a quelques années, elle avait élevé un moineau qui est mort et qu'elle a pleuré « autant que sa grand'mère ».

Voilà une manifestation de puérilisme bien net, pour emprunter l'expression de Dupré, mais qui paraît être sous la forme d'un défaut de développement. C'est une espèce spéciale d'arriération intellectuelle. On peut pourtant se demander jusqu'à quel point l'hystérie n'entre pas en jeu. Or, Giq... ne parle pas comme un enfant, elle sait parfaitement son âge et toute son histoire; ce n'est pas comme dans le délire hystérique où le malade *est* retransporté à son enfance, parle et agit comme il le faisait quand il était enfant. Il semble donc bien ici que l'hystérie n'intervient pas. C'est seulement de *l'infantilisme mental*.

On peut rencontrer des états qui *simulent* celui-ci, et plus ou moins bien développés, dans d'autres types cliniques. Ainsi dans les délires infectieux, « l'enfantillage » peut être très marqué (voyez l'observ. de Niz...). dans les tumeurs cérébrales, dans les démences, surtout la démence sénile où le vieillard peut même se croire retourné à l'enfance, dans l'hystérie où le délire de rêve peut ramener la malade à *revivre* son enfance comme je viens de le dire (voir l'observ. de V... L.); c'est une curiosité psychopathologique qui n'a pas d'importance sémiologique ni pratique.

Sénilisme. — A l'opposé de ces faits se trouve celui d'un P. G. que je citerai plus loin, On... J., qui se vieillissait et croyait être un vieillard. Je me borne à signaler ce petit point amusant.

Neurasthénie. — L'état mental du neurasthénique sans obsession, ordinaire, se rencontre *à peu près* au début de la P.G., parfois de la démence artérielle ou sénile, après le traumatisme, etc. Aussi pourrait-t-on en faire un syndrome tout comme de la confusion qui en est très proche parente. Mais il suffit d'être prévenu de la double signification du mot neurasthénie, et je renvoie au chapitre Neurasthénie et obsessions.

Folie morale. — On décrit des cas de folie morale après les traumatismes, on décrit une variété de folie morale sous le nom de caractère épileptique (voyez plus loin). Alors, peut-être devrait-on la considérer comme un syndrome? J'en parlerai surtout au Déséquilibre mental.

Hystérie. — Pourrait-on considérer l'hystérie comme un syndrome? Je renvoie au chapitre qui en traite, où le lecteur verra qu'il est aussi difficile de répondre à cette question qu'à beaucoup d'autres touchant cette singulière forme de trouble mental.

CHAPITRE XXIV

LES SIGNES PHYSIQUES

Sommaire. — Tout trouble mental est lié à une modification somatique, qui entraîne souvent des signes physiques. Résumé de ces signes dans un *tableau*.

Signes des affections somatiques intercurrentes.

Remarques générales — 1° Peu d'importance des signes tératologiques ou de dégénérescence pour le diagnostic. 2° Grande importance des signes somatiques suivant le type clinique.

Signes physiques des troubles mentaux.

Un trouble mental est nécessairement lié à une altération anatomique. Dans beaucoup de cas nous ne savons pas encore reconnaître les signes de cette altération. Parfois il y a des signes de malformations ou de lésions qui, d'*après des idées théoriques*, seraient en rapport avec le trouble mental. Enfin, il y a des altérations physiques visibles constituant le fond même du trouble et d'une grande importance pour le diagnostic. Elles sont déjà étudiées en partie dans les traités de pathologie interne pour les intoxications, infections, affections du système nerveux (1), des reins, de certaines glandes, etc. Pour les autres, liées plus étroitement encore aux troubles mentaux, je les décrirai plus au long aux types cliniques auxquels je renvoie. Je me contenterai ici d'un résumé sous forme de *tableau* contenant les signes physiques des principaux syndromes et types cliniques. Mais si quelques-uns de ces signes indiquent, dans un grand nombre de cas, une affection mentale, il n'en est pas toujours de même pour quelques autres. — On verra donc des signes physiques mentionnés comme accompagnant tantôt une intelligence anormale, tantôt une intelligence normale ou à peu près. Cela arrive surtout pour ceux dits de dégénérescence ou tératologiques.

(1) P. Marie. *La pratique neurologique*, Paris, 1911.

1° Malformations congénitales et infantiles. Déformations pathologiques. — Aspects pathologiques.

CRANE.	Microcéphalie.	Crâne tout petit, par rapport à la face saillante et développée	Idiotie microcéphalique (v. p. 494).
	Macrocéphalie.	Crâne énorme	Idiots, arriérés, déséquilibrés, etc.
	Hydrocéphalie.	Crâne énorme avec liquide céphalo-rachidien en quantité exagérée	Idiotie hydrocéphalique (v. p. 495).
		Crâne oblique ovalaire (plagiocéphalie)....	Idiots, arriérés, déséquilibrés, intelligence normale.
		Crâne en bateau (scaphocéphalie)	
		Crâne prolongé en haut et en arrière (oxycéphalie ou acrocéphalie)	
		Crâne triangulaire (trigonocéphalie)	
		Crâne en forme de fesses (naticéphalie)....	
		Autres anomalies de forme	
FACE ET COU		Cheveux mal plantés, blanchis prématurément, etc	Idiots, arriérés, déséquilibrés, épileptiques, normaux.
		Avancement des maxillaires (prognatisme total, supérieur, inférieur), exagération de la mâchoire, asymétries osseuses	
		Bec-de-lièvre, diverses anomalies	Pas grande signification.
	Aspect.	Alcoolique chronique	Alcoolisme chronique (v. p. 294).
		Brightique	Délire urémique (v. p. 333).
		Cardiaque	Délire cardiaque (v. p. 335).
		Myxœdémateux	Myxœdème (v. p. 496).
		Crétin goîtreux	Crétinisme (v. p. 337).
		Mongolien	Mongolisme (v. p. 497).
		Infecté	Différents délires infectieux (v. p. 338).
		Épuisé	Délire d'épuisement (v. p. 358).
		Basedowien	Mal. de Basedow (v. p. 336.)
		Paralysies faciales	Démences organiques (v. p. 457). Syphilitique, etc. (v. p. 441).

ORGANES DES SENS.	Oreille.	Différentes malformations....	Pas grande signification.
	Œil.	Mongolien..................	Mongolisme.
		Saillant....................	Mal. de Basedow.
		Strabisme................ Paralysie de la paupière supérieure .... Nystagmus............... Différentes malformations..	Paralysie générale (acquis). Syphilis cérébrale (acquis). Alcoolisme chronique (si la paralysie est récente). Névropathes (chronique). Déséquilibrés (chronique). Différentes affections nerveuses. Normaux mentalement (chronique). Névropathes, etc.
	Nez	Déformations variées.......	Pas grande importance.
		Nez en lorgnette...........	Syphilis héréditaire. Démence syphilitique.
	Bouche	Palais en voûte........... Voile du palais divisé.......	Pas grande signification.
		Dents. Retards............. Anomalies d'éruption — de structure............. Anomalies d'articulation, etc.........	Névropathes. Déséquilibrés. Épileptiques. Idiots, etc.
		Dent d'Hutchinson...	Idiotie syphilitique, etc.
MEMBRES		Anomalies du développement......... Congénitales, polydactilies, syndactylies, etc..........................	Pas grande signification.
		Arrêts du développement avec hémiplégie spasmodique..................	Arriération. Épilepsie avec hémiplégie spasmodique infantile.
		Hémiplégie spasmodique............	Hémiplégie infantile. Démence organique.
		Fractures spontanées. Arthropathies..	Paralysie générale avec tabes.
		Mal perforant......................	Paralysie générale avec tabes.
		Cyanose des extrémités..............	Délires toxiques, infectieux, etc., avec stupeur. Idiotie. Mélancolie avec stupeur. Démence précoce. Démences cachectiques.

	Anomalies de développement. Poils anormaux, etc. Spina bifida, etc.... Anomalies des caractères sexuels secondaires.... Hernie congénitale.... Nævi, etc....	Pas grande signification.
	Asymétrie de développement avec hémiplégie....	Arriération. Épilepsie par hémiplégie spasmodique infantile.
	Ecchymoses non traumatiques....	Epilepsie.
TRONC.	Dermographisme....	Épilepsie, hystérie, Névropathes, etc. Pas grande signification.
	Diminution de la sueur....	Stupeurs. Démences. Mélancolie.
	Augmentation de la sueur (hyperhydrose)....	Neurasthénie. Goître exophtalmique.
	Escarres....	Infections. Stupeur. Paralysie générale. Démences.
ORGANES GÉNITAUX.	Différentes anomalies.... Phimosis.... Hypospadias.... Monorchidie.... Cryptorchidie....	Arriération mentale. Épilepsie. Déséquilibrés, etc. Pas grande signification.
SEINS.	Anomalies de développement et de nombre, etc....	Pas grande signification.
ASPECT D'ENSEMBLE.	Anomalies de taille.... — de poids, etc.... Desharmonies du tronc et des membres, etc.... Taille au dessous de la moyenne.... Chétivité, etc....	Déséquilibrés. Épileptiques, etc. Arriérés, idiots, etc.

2° Signes tirés de l'examen du système nerveux.

A. TROUBLES DE LA MOTILITÉ.	Paralysies....	Affections organiques du cerveau. Idioties et démences. Paralysie générale. Syphilis cérébrale. Épilepsie. Hystérie (*absence de certains signes*)
	Spasmes.... Contractures.... Rétractions et atrophies....	Idioties. Démences organiques. Syphilis cérébrale.

A TROUBLES DE LA MOTILITÉ. (*Suite*).	Myoœdème		Confusions, démences.
	Signe de Kœrnig		Méningites, idiotie, etc. P. G. (attaques apoplectiformes).
	Paralysie des nerfs périphériques		Alcoolisme, intoxications.
	Mouvements choréiques, athétosiques.		Chorée de Sydenham. Idioties. Démences organiques.
	Tremblements divers		Alcoolisme. Mal. de Basedow. Paralysie générale. Démence sénile. Névropathes.
	Ataxie		Paralysie générale avec tabes.
	Adiadococinésie		Complications cérébelleuses, idiotie, épilepsie.
	Convulsions		Infections. Affections organiques du cerveau. Epilepsie. Paralysie générale. Hystérie.
	Marche.	De l'hémiplégique	Voyez à paralysie ci-dessus.
		Spasmodique	Idiotie, (diplégie cérébrale, maladie de Little, etc.).
		Ataxie	Paralysie générale avec tabes.
		Incertitude	Paralysie générale.
		A petits pas	Démence organique.
		Cérébelleuse	Démence organique. Épilepsie (avec complication cérébelleuse).
		Steppage	Alcoolisme (névrites). Intoxications (névrites).
	Parole « dyslalies ».	Blésité, etc. Bégaiement	Déséquilibrés, etc.
		Achoppement. Accroc. Hésitation. Bredouillement	Paralysie générale. (*Très important*) (v. p. 437.)
		Embrouillée passagèrement	Epilepsie (après accès).
		Cérébelleuse	Epilepsie (avec complications cérébelleuses).
		Spasmodique et nasonnée	Démence organique (pseudo-bulbaire).
	Ecriture.	Voir à l'examen spécial.	

B

TROUBLES DES RÉFLEXES

- Pupillaires.
  - Ouverture de la pupille irrégulière.......... — Paralysie générale.
  - Rétrécissement (myosis). — Alcoolisme. Morphinisme. Urémie. Paralysie générale, tabes.
  - Agrandissement (mydriase)............. — Confusion. Épilepsie. Paralysie générale. Démence précoce. Mélancolie. Psychasthénie. Neurasthénie somatique.
  - Inégalité.
    - Variable ... — Confusion. Délires infectieux.
    - Permanente (à condition qu'elle soit très grande) — Paralysie générale.
  - Paresse du réflexe à la lumière........... — Alcoolisme. Paralysie générale.
  - Signe d'Argyll Robertson. (Abolition du réflexe à la lumière, conservation à l'accommodation). — Paralysie générale. Syphilis cérébrale. (*Très important.*)
- Tendineux.
  - Rotuliens abolis........ — Paralysie générale et tabes. Alcoolisme, intoxications avec névrites périphériques.
  - Achilléens abolis....... — Paralysie génér. avec tabes.
  - Rotuliens exagérés..... — Pas grande importance.

C

TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ.

- Tact.......
  - Anesthésie.......... .. — Alcoolisme, intoxications, avec névrites périphériques. Hystérie (*signes spéciaux*).
  - Hyperesthésie......... — Alcoolisme et intoxications. Psychasthénie. Neurasthénie somatique. Hystérie. Névropathie.
- Goût et odorat..................... — Peu importants.
- Vue.......
  - Diminution de l'acuité, amblyopie, amaurose (au besoin examiner le fond de l'œil, lésions diverses). — Alcoolisme. Intoxications. Paralysie générale. Démences organiques. Tumeurs cérébrales. Neurasthénie. Hystérie.

C TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ (*Suite*).	Vue	Photophobie	Alcoolisme (intoxications).
		Scotomes scintillants	Epilepsie. Paralysie générale. Démences organiques. Mélancolie. Névropathie.
		Hémianopsie	Démences organiques.
		Rétrécissement du champ visuel	Alcoolisme. Confusion. Mélancolie. Hystérie? Déséquilibrés?
		Perte de la vision de l'espace	Intoxications.
		Perte de la vision des couleurs (achromatopsie)	Pas grande signification.
		Confusion des couleurs (daltonisme)	
	Ouïe	Bourdonnements	Neurasthénie. Névropathie.
	Sensibilité interne.	Sensations douloureuses (topoalgie, coenesthopathie)	Neurasthénie. Névropathie, etc.
		Etranges, fourmillements	
		Sensations de chaud, de froid, etc.	
D LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN.	Lymphocytose *Très important* *Voir Examen spécial*		Paralysie générale. Syphilis cérébrale. Méningites.

3° Signes tirés de l'examen du fonctionnement des organes génitaux.

Frigidité et impuissance	Alcoolisme. Paralysie générale. Déséquilibrés.
Excitation anormale	Paralysie générale, Démence. Manie. Déséquilibrés, etc
Menstruation retardée (Établissement de la)	Idiotie, arriération, déséquilibrés, etc.
Menstruation (arrêt)	Stupeur. Mélancolie, etc.
Menstruation concomitante du trouble mental	Troubles mentaux de la menstruation chez les déséquilibrées.

4° Signes tirés de l'examen du fonctionnement des organes digestifs.

A. Salivat on abondante (sialorrhée)...		Idiotie. Épilepsie. Hébéphrénie?
B. Spasme de l'œsophage............		Épilepsie. Mélancolie. Hypocondrie. Psychasthénie. Hystérie.
C. Troubles de la déglutition..........		Idiotie. Paralysie générale.
D. Rumination (mérycisme)...........		Idiotie.
E. Troubles généraux.................		Alcoolisme, intoxications. Infections. Épuisement. Épilepsie. Mélancolie.
F. Vomissements.....................		Alcoolisme. Méningites. Tumeurs cérébrales.
G. Constipation......................		Stupeurs, etc.
H. Diarrhée.........................		Paralysie générale. Idioties
I. Gâtisme...	Involontaire........... (divers mécanismes)	Alcoolisme. Intoxications. Infections. Epilepsie. Idiotie. Paralysie générale. Démences. Démence précoce. Mélancolie. Délire de négation.
	Volontaire .... (divers mécanismes)	Négativisme. Persécutés. Déséquilibrés. Foux moraux, etc. Enfants vicieux et nerveux.
J. Altérations du foie................		Alcoolisme. Infections.

4° Examen des urines.

Augmentation des urines (polyurie.)...	Manie. Neurasthénie. Déséquilibrés.

Diminution des urines (olygurie)......	Mélancolie.
Albuminurie........................	Alcoolisme, intoxications. Urémie. Infections. Épilepsie (après l'accès). Démence organique.
Indicanurie.........................	Alcoolisme. Infections, etc.
Sucre..............................	Délire d'auto-intoxication diabétique. Démence organique. Tumeurs cérébrales.

5° Circulation.

Pouls..............................	Troubles organiques surtout.
Cœur (asystolie)....................	Délire toxique par aphyxies.
Vaisseaux (artério-sclérose)..........	Alcoolisme. Délire urémique. Démence organique.
Troubles vaso-moteurs................	Stupeurs. Confusions. Pseudo-œdème catatonique. Mélancolie, etc.
Sang (Réaction de Wassermann).......	P. G. Syphilis cérébrale.

6° Respiration.

Troubles divers	Stupeur. Symptôme anxiété et angoisse. Symptôme terreur, etc. Mélancolie.

7° Température.

Elévation (hyperthermie).............	Alcoolisme. Délire infectieux. Délire d'épuisement (passagère). Épilepsie (état de mal). Paralysie générale (attaques apoplectiformes). Démence organique (attaques apoplectiformes).
Abaissement (hypothermie)..........	Délire d'épuisement. Paralysie générale (crises d'hypothermie).

8° Sommeil.

Insomnie	Délire de presque toutes les affections aiguës, de la paralysie générale, etc.
Rêves (v. p. 179.)	

9° Poids.

Diminution	Syndromes stupeur et confusion. Mélancolie. Psychasthénie. Cachexie terminale des démences.
Augmentation	Manie (quelquefois). Convalescence des affections aiguës. Passage à la démence.

Complications (affections pouvant être la conséquence du trouble mental).

Troubles digestifs (par gloutonnerie, ingestion de substances quelconques, etc.)		Idiotie. Paralysie générale. Démences.
Pneumonie, congestion pulmonaire (par défaut d'hygiène, etc.)		Idiotie. Paralysie générale. Démences organiques. Démence sénile.
Tuberculose (mauvaises conditions de nutrition, etc.)		Stupeur. Confusion. Démences. Idiotie. Mélancolie.
Affections de la peau (par manque de propreté, etc.)	Furoncles. Anthrax Erysipèle	Idiotie. Paralysie générale, etc.
	Acné	Épilepsie (traitement bromuré).
	Escarres	Délires graves toxiques, etc. Démences, etc.
	Ecchymoses sous-cutanées et conjonctivales	Epilepsie (suites de l'accès).
Contusions Plaies Fractures		Accès d'épilepsie (surtout morsures de la langue et plaies de la tête). Paralysie générale (avec ou sans tabes), etc.

Affections somatiques intercurrentes.

Il ne faut pas oublier que les troubles mentaux n'excluent pas les troubles somatiques et qu'un aliéné peut contracter les affec-

tions ordinaires médicales. D'où la règle de ne jamais examiner un aliéné, sans terminer l'examen par le côté somatique, même lorsque le trouble mental ne paraît pas devoir reposer sur des troubles physiques constatables. Pourtant, les aliénés sont souvent d'une résistance incroyable aux infections; les épileptiques qui se blessent, font rarement de l'infection, de l'érysipèle. On a dit que la fièvre suspendait parfois la folie ou la guérissait par une sorte de crise (?). En tous cas, la suspension des accès d'épilepsie est fréquente sous l'influence infectieuse.

Remarques générales. — 1° Les signes de dégénérescence (1), autrement dit tératologiques, congénitaux par conséquent, en général ne paraissent pas avoir l'importance qu'on leur a attribuée. Si on peut dire que souvent les aliénés et les épileptiques sont porteurs de pareils signes, on doit ajouter que des gens normaux en présentent aussi. Cependant, il semble que l'*accumulation* de ces signes sur un individu soit fréquemment accompagnée de troubles qui ordinairement sont peu classables et dont je décrirai quelques-uns sous le nom de déséquilibre mental.

2° Les signes somatiques sont d'une importance grande, à première vue, dans l'idiotie. Dans les délires toxiques et infectieux l'albumine est fréquente ; l'aspect infectieux met souvent sur la voie du diagnostic. Il ne faut jamais affirmer la paralysie générale sans des signes physiques. Parmi ces signes, l'inégalité pupillaire joue un rôle inférieur. Le signe d'Argyll Robertson est, au contraire, de première importance ainsi que la lymphocytose. La triade : tremblement des lèvres, tremblement de la langue, accrocs dans la parole, ne doit pas être confondue avec l'embrouillement, l'empâtement de l'alcoolique chronique, avec la parole du pseudo-bulbaire, nasonnée, spasmodique, accompagnée des rires et pleurs spasmodiques. Il faut distinguer les accès d'épilepsie dite essentielle d'avec les attaques épileptiformes de la paralysie générale, qui apparaissent quelquefois très tôt (2).

(1) Voyez : Féré, *la Famille névropathique*, Paris, 1894.

(2) J'ai reçu à Bicêtre, alors que j'avais le service des épileptiques, un paralytique général envoyé comme épileptique et que j'ai considéré longtemps comme tel.

CHAPITRE XXV

RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR LA CONNAISSANCE DES CAUSES DES TROUBLES MENTAUX (1)

SOMMAIRE. — Grande importance de la recherche des causes dans tous les cas. Causes indirectes. Causes directes.

Tableau des causes indirectes.

Tableau des causes directes.

Les premiéres ne sont que l'occasion des secondes, seules valables pour l'étiologie et la classification. Pourtant la rigueur n'est pas absolue; car il y a la pathogénie. « Psychoses » puerpérales et post-opératoires. Causes adjuvantes ou provocatrices. Plusieurs causes peuvent former des types hybrides. Importance de l'appréciation de la valeur de ces différentes causes. Utilisation au mieux de toutes ces causes pour la classification étiologique, là où elle est possible. Tous les troubles de cause externe ont *en général* une assez grande ressemblance, ce qui semble indiquer une pathogénie commune en gros. Les types cliniques de causes reconnues (du premier groupe) sont classés d'aprés leur étiologie réelle (actuelle).

Influence de l'âge. — L'enfance prédispose à l'infection cérébrale (idiotie); la puberté et l'adolescence semblent prédisposer à la démence, démence précoce, démence juvénile. L'involution prédispose à la mélancolie et à la démence vésanique. Seule, la sénilité peut amener *directement* la *démence sénile*.

Hérédité. Dégénérescence. Prédisposition. — 1° L'hérédité; 2° la dégénérescence n'est pas l'hérédité, mais peut être héréditaire; 3° dégénérescence et prédisposition; 4° hérédité de certains types cliniques : folie endogéne, folie exogène; 5° troubles de la grossesse et de l'accouchement dans l'étiologie de l'épilepsie et de l'idiotie; *Folie gémellaire*; 6° Consanguinité. Sauf pour le suicide et la syphilis la connaissance de l'hérédité ne paraît pas trés utile au point de vue du diagnostic. Importance prophylactique très grande.

Toutes ces considérations aboutissent à la justification de la classification adoptée. Exemples de familles d'aliénés.

On sait que trop souvent, la constatation des symptômes du trouble mental n'est pas suffisante, à elle seule pour établir un diagnostic et par suite un pronostic; la connaissance directe de la cause est utile et parfois indispensable; il ne faut donc jamais manquer de la rechercher (2). Par exemple, on apprend qu'un individu présentant de la confusion et du délire de rêve a des accès

(1) ED. TOULOUSE. *Les causes de la folie, prophylaxie et assistance*, Paris, 1896.

(2) On doit toujours accueillir les renseignements de seconde main avec un sentiment de doute prudent.

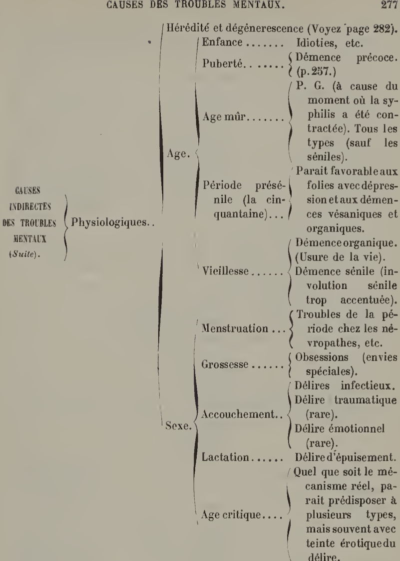
d'épilepsie : on conclut au délire épileptique avec pronostic favorable immédiat, mais fâcheux par les récidives à prévoir. Parmi les causes, les auteurs distinguent les prédisposantes et les déterminantes. Seulement, ce qu'ils disent est généralement peu clair sur ce point, surtout sur l'hérédité et la dégénerescence (1). Il vaut mieux diviser les causes en *indirectes* et *directes*. Pour prendre un exemple, les traumatismes physiques et moraux, le surmenage, l'exposition à la chaleur ou au froid, l'alcoolisme, sont des causes directes de troubles mentaux. Dans les guerres, les révolutions, on peut rencontrer facilement tous ces facteurs directs ; les guerres et les révolutions ne sont que les facteurs indirects. De même certaines professions exposent plus que d'autres à rencontrer les causes nocives. Certaines circonstances physiologiques, comme l'accouchement, sont l'occasion de traumatismes, ou d'émotions, ou d'infections. D'autre part l'âge est aussi un facteur, qui quelquefois peut être presque direct, comme la vieillesse pour la démence sénile. Mais il y a certaines causes indirectes, par exemple la race, dont on ne saisit pas bien le rôle (il est vrai de dire que l'on ne sait pas bien non plus ce qu'il faut entendre par race). Quoi qu'il en soit, même la connaissance de ces causes indirectes aide parfois grandement au diagnostic.

Je les résume dans un tableau où j'indique les principaux types cliniques dont elles paraissent favoriser l'apparition. Puis je groupe en un autre tableau les causes directes avec les types cliniques correspondants.

(1) On pourra lire à ce sujet des passages de deux articles sur l'épilepsie et l'idiotie où j'ai discuté ces notions : Ph. Chaslin, art. Idiotie, Épilepsie, *in Traité des Maladies de l'Enfance* de Grancher, Comby et Marfan, Paris, 1898, t. IV, p. 483 (c'est la *première* édition).

Tableau des causes indirectes des troubles mentaux.

CAUSES INDIRECTES DES TROUBLES MENTAUX.	Sociales	Civilisation	Paralysie généralc. Psychasthénie.
		Races	?
		Imitation et contagion. (Voyez p. 281).	Suicide. Folies systématisées de persécution. Folie mystique Hystérie.
		Révolution, guerres	Délire émotionnel. Psychasthénie.
	Physiques	Guerres	Alcoolisme. Délires traumatiques et émotionnels. Délire d'épuisement. Psychasthénie.
		Accidents de chemin de fer. Cataclysmes terrestres ou maritimes	Délires traumatiques, émotionnels. Délire d'épuisement.
		Climats, saisons, chaleur, froid	Délire d'insolation. Délire de froid. Alcoolisme, etc.
	Professionnelles	Armée	Paralysie générale. Démence organique. Syphilis cérébrale. Alcoolisme.
		Professions libérales	Psychasthénie.
		Professions manuelles	Délire traumatique. Alcoolisme.
		Professions criminelles	Alcoolisme. Désquilibre mental.
	Personnelles	Éducation	?
		Situation familiale	?
		Indigence	Alcoolisme.
		Richessc excessive	Syphilis. Alcoolisme.



CAUSES INDIRECTES DES TROUBLES MENTAUX (*Suite*).	Physiologiques..	Hérédité et dégénerescence (Voyez page 282).		
		Age.	Enfance	Idioties, etc.
			Puberté.	Démence précoce. (p. 257.)
			Age mûr.......	P. G. (à cause du moment où la syphilis a été contractée). Tous les types (sauf les séniles).
			Période présénile (la cinquantaine)...	Parait favorable aux folies avec dépression et aux démences vésaniques et organiques.
			Vieillesse	Démence organique. (Usure de la vie). Démence sénile (involution sénile trop accentuée).
		Sexe.	Menstruation ...	Troubles de la période chez les névropathes, etc.
			Grossesse	Obsessions (envies spéciales).
			Accouchement..	Délires infectieux. Délire traumatique (rare). Délire émotionnel (rare).
			Lactation......	Délire d'épuisement.
			Age critique....	Quel que soit le mécanisme réel, parait prédisposer à plusieurs types, mais souvent avec teinte érotique du délire.

Tableau des causes directes connues des troubles mentaux.

CAUSES DIRECTES CONNUES.	Intoxications...	Alcool; Morphine; Cocaïne; Opium; Éther, etc., etc.	Types cliniques toxiques.
	Infections......	Fièvre typhoïde; Grippe, etc; Tuberculose; Innominées	Types cliniques infectieux, méningo-encéphalites, méningites.
		Syphilis	Syphilis cérébrale. Paralysie générale.
	Epuisement. Surmenage. Froid, inanition. (Peut-être rentrant dans les suivantes)....		Types cliniques d'épuisement.
	Auto-intoxications..	Génitales : menstrues, ménopause, grossesse, accouchement (?)....	
		Surmenage aigu (sport).	
	Auto-intoxications.... (suite)	Urémie; Asystolie; Diabète; Maladie de Basedow; Myxoedème; Crétinisme; Insolation	Types cliniques spéciaux.
	Epilepsie		Types cliniques épileptiques.
	Traumatismes physiques et émotionnels.		Types cliniques traumatiques et émotionnels.
	Affections organiques.	Tumeurs cérébrales...	Types variables.
		Artério-sclérose.......	Démence organique.
		Sénilité.............	Démence sénile....

Classification étiologique. — Telles sont les causes directes auxquelles paraissent se réduire les nombreux et multiples facteurs indirects, extérieurs, pour ainsi dire, de l'aliénation.

La connaissance de ces causes est fort importante et elle paraît permettre une classification rigoureuse des troubles mentaux « exogènes ». En réalité, ce n'est pas encore aussi rigoureux qu'on pourait le souhaiter; car il y a la pathogénie qui intervient. Ainsi

nous allons voir tout à l'heure le type clinique *delirium tremens* qui naît sous l'influence de l'alcool. Certains auteurs, comme Klippel, croient que l'alcool n'agit qu'indirectement : il produirait un désordre hépatique qui, lui, amènerait une auto-intoxication, vraie cause du délire. Quoiqu'il en soit, le *delirium tremens* a tout de même une allure clinique spéciale et naît tout de même sous l'influence de l'alcool. Les délires infecticux, sans doute, relèvent des infections, mais ne serait-ce pas par l'intermédiaire d'une auto-intoxication? Les délires d'auto-intoxication seraient donc à peu près partout. (C'est en partie l'ancienne *folie sympatique*). L'ensemble des signes permet, dans la majorité des cas, de découvrir l'origine première des auto-intoxications proprement dites. Le délire traumatique, lié directement et immédiatement au choc, provient vraisemblablement d'une perturbation mécanique du cerveau; il se révèle par des types assez dissemblables. Mais il y a des troubles mentaux qui ne naissent qu'au bout de quelques jours après le choc, et qui paraissent liés à une perturbation gastro-intestinale, hépatique, rénale, donc qui sont auto-toxiques. Enfin, il y a des troubles qui ne naissent que plusieurs semaines ou plusieurs mois après le traumatisme et qui sont en relation non avec le choc, mais avec les conséquences indirectes : séjour au lit, épuisement, suppuration, etc. Il y a là évidemment des mécanismes différents cachés sous le nom de traumatiques. Le choc émotionnel peut produire lui aussi des troubles immédiats et des troubles retardés dont la pathogénie est différente.

Les « psychoses » dites post-opératoires et puerpérales appellent les mêmes remarques. Une opération peut agir par bien des mécanismes, depuis la frayeur causée par l'attente de l'intervention, l'infection, l'intoxication par les pansements, jusqu'à la dénutrition due à une suppuration prolongée, à l'obscurité (opération de la cataracte), etc. L'état puerpéral de même.

Il est incontestable aussi que, dans un certain nombre de cas, les causes extérieures, surtout le traumatisme et le choc émotionnel, provoquent l'apparition de troubles qui étaient *en germe* chez le malade, par exemple une paralysie générale, qui n'attendait qu'une occasion pour se développer, ou un de ces troubles dits constitutionnels qui tiennent à des causes hypothétiques, mais sûrement antérieures à la cause occasionnelle. Ces causes extérieures ne sont pas alors les vraies causes, elles ne sont qu'*adjuvantes* ou *provocatrices*.

Enfin, il y a des types, souvent inclassables, qui semblent bien être des *hybrides*, c'est-à-dire la résultante de plusieurs causes : ainsi un ivrogne ordinaire a une ivresse ordinaire ; mais un ivrogne déséquilibré aura une ivresse anormale, impulsive par exemple, à la fois révélation de sa tare mentale antérieure et de l'intoxication alcoolique. Une partie de ces faits rentre dans ce qu'on a appelé la *coexistence des délires*. Une description de ces types variés est impossible ; il faut se borner à signaler leur existence et à en donner quelques exemples. Le médecin sait bien que, comme on l'a dit, il n'y a pas de maladies mais des malades ; il n'y a pas de maladies mentales, mais il y a des aliénés sur lesquels sa sagacité devra s'exercer.

Le médecin sait bien aussi que s'il y a une cause *déterminante*, il y a aussi des causes *adjuvantes*, qui peuvent être dans d'autres cas des causes *déterminantes*. Il saura se débrouiller et retrouver dans l'ensemble des causes la véritable, celle qui imprime son cachet à l'affection mentale. Ainsi, le surmenage chez un individu qui s'imbibe d'alcool, l'alcool chez un épileptique *provoquent* des troubles mentaux qui sont de l'alcoolisme, de l'épilepsie, à moins qu'il n'y ait des troubles hybrides, comme je l'ai dit. C'est important pour la prophylaxie.

Ces remarques permettent de simplifier l'exposition des différents types, je veux dire des cas pour lesquels on reconnaît *une* cause extérieure, en éliminant de la constitution de ces types ceux qui sont vraiment trop artificiels, comme ceux de psychose post-opératoire, de psychose puerpérale. Bien qu'il soit possible que l'auto-intoxication soit la cause cachée de beaucoup de troubles, cela n'est pas encore prouvé. Je crois que l'on peut conserver les types que l'étiologie réelle et la clinique permettent de délimiter jusqu'ici, en s'arrangeant *au mieux* au milieu des causes multiples indiquées plus haut.

J'ajouterai enfin, comme je l'ai dit à la symptomatologie, que tous ces délires de cause externe ont pour la plupart une grande ressemblance entre eux, ce qui semble indiquer une pathogénie très semblable en gros pour chacun, et ce qui rend le diagnostic difficile en l'absence de renseignements étiologiques précis.

Il résulte des considérations précédentes que dans le premier groupe des troubles mentaux que je décrirai, ceux-ci seront classés d'après leur origine réelle, du moins celle que nous connaissons

actuellement, en mettant ensemble ceux qui ont une même origine, quelle que soit leur allure.

C'est ainsi qu'on ne trouvera pas de type post-opératoire ni puerpéral, puisque ce sont plusieurs types dans le sens où je l'entends. Quant aux psychoses traumatiques, je ne décrirai sous ce nom que celles qui sont immédiatement et directement liées au choc.

Influence de l'âge. — Il convient de revenir un peu sur ce sujet. Il semble, en effet, que l'âge ait une influence : ainsi la première enfance et même la seconde sont manifestement favorables aux infections cérébrales dont les conséquences sont l'idiotie et l'épilepsie. A la puberté et dans l'adolescence, il arrive souvent que l'épilepsie verse rapidement dans la démence. De même, Morel a montré le premier la fréquence de la démence consécutive à une « vésanie » (folie ou délire) dans le jeune âge, c'est-à-dire à la puberté et dans l'adolescence; ce sont ces cas qui méritent vraiment le nom de *démence précoce* ou *démence juvénile* (voyez p. 257). J'ai déjà dit aussi que ce mot de démence précoce est employé à tort depuis Kraepelin pour caractériser ce qu'il est préférable de nommer les folies discordantes.

La jeunesse, d'autre part, ne parait pas favoriser l'éclosion de la mélancolie.

La cinquantaine (en mettant à part la ménopause) semble au contraire favoriser l'apparition des accès de mélancolie. Kraepelin avait même fait de la mélancolie une forme spéciale, la *mélancolie d'involution* ou *présénile*. Il admet néanmoins, depuis qu'il a renoncé à cette *théorie*, un certain nombre de troubles mentaux d'involution. Cette involution parait aussi favoriser la démence vésanique, c'est-à-dire suite d'un trouble curable, et la démence artérielle. Certains troubles mentaux pourraient-ils être considérés comme des avant-coureurs *préséniles* de la démence sénile proprement dite? Cela parait possible, mais encore pas certain. Enfin, la vieillesse est représentée par l'involution normale et par son exagération, la démence sénile, qui seule peut être considérée comme trouble directement lié à l'âge. C'est donc ce seul type clinique : démence sénile, qui figure dans la classification que j'ai adoptée.

Imitation. Contagion. — On sait combien le suicide est imité facilement (voyez des exemples p. 45). La folie peut être contagieuse, mais non comme le croit le grand public, car il y faut des condi-

tions spéciales : un système délirant d'une part et de l'autre, du côté du ou des contagionnés, une prédisposition, généralement l'ignorance ou la débilité mentale (la sottise), d'étroites relations familiales, de société ou de lieu, et enfin le temps. On en trouvera un bel exemple chez le malade Ber... Il y a lieu d'étudier les différents procédés d'imitation et de « contagion » comme l'a dit G. Dumas (1).

Hérédité. Dégénérescence. Prédisposition. — On a écrit des volumes sur ces questions. Ce serait m'écarter du but essentiellement pratique de cet ouvrage que de m'étendre longuement sur elles. Je résume l'essentiel.

1° *L'hérédité* est la transmission du *semblable* d'une génération à l'autre.

2° *La dégénérescence* n'est pas l'hérédité. C'est la déviation de cette hérédité, mais certains résultats de cette déviation, certaines « dégénérescences », peuvent être transmis par hérédité, tels les doigts surnuméraires, palmés, les asymétries faciales ou autres, etc. Il paraît en être de même pour certaines affections comme les idioties familiales, les amyotrophies, etc. Nous ne savons d'ailleurs pas toujours pourquoi elles apparaissent dans une famille.

3° *Les enfants d'alcooliques* (on incrimine aussi *l'ivresse* au moment de la conception) sont plus frappés que d'autres par les infections fœtales et du jeune âge, qui causent des idioties et de l'épilepsie. Ils sont plus souvent que d'autres, épileptiques, déséquilibrés ou criminels. Il semble, dans ces cas, que le germe empoisonné par l'alcool n'ait pu fournir un développement normal, qu'il soit « dégénéré » et qu'il subisse plus facilement (*prédisposition*) l'influence des causes directes extérieures : l'extrême fréquence des *convulsions* chez l'enfant issu d'alcoolique le montre bien ; cet enfant devient un malade ou est un anormal, ou les deux à la fois.

La *syphilis* des parents peut produire la syphilis héréditaire par transmission directe ou des « dystrophies variées, » sources d'idioties, d'arriérations et de troubles divers. Ici, il y a hérédité directe ou dégénérescence, suivant les cas, et souvent les deux mêlées.

4° On note souvent dans les *antécédents familiaux* des aliénés et des idiots, la présence de troubles mentaux ou d'affec-

(1) V. G. Dumas, La contagion mentale, *Revue philosophique*, mars et décembre 1911.

tions nerveuses variées. On dit, en confondant tout, qu'il y a là dégénérescence, hérédité ou hérédité transformée. Cette dernière expression est une erreur biologique; il n'y a pas d'hérédité par transformation, il n'y a qu'une hérédité qui transmet le semblable. Il est probable que certaines formes d'aliénation sont une cause de dégénérescence pour les germes, donnant ainsi des enfants qui sont *prédisposés* aux affections nerveuses et mentales, comme les enfants d'alcooliques.

Il est probable aussi que certaines formes de folie, qui ne sont pas celles liées aux causes extérieures (alcool, infection, etc.), peuvent se transmettre directement sous la même forme ou sous une autre. Il semble qu'il y ait là réellement hérédité, ce qui tendrait à prouver que ces types cliniques sont liés à un seul et même trouble somatique inconnu. C'est pour ces formes que l'on réserve quelquefois le nom de *folies « endogènes »*, pour les différencier des *folies « exogènes »*, de cause externe. La folie endogène serait donc *une* sous des formes différentes, elle n'aurait pas de cause extérieure *actuelle*, celle-ci n'étant qu'*occasionnelle. Nous n'en connaissons donc pas la véritable cause.*

5° On attribue aussi de l'importance dans les antécédents des aliénés, des épileptiques et des idiots aux *traumatismes* physiques et moraux de la mère pendant la *grossesse*, à l'*accouchement difficile*, avec forceps, à *l'asphyxie de l'enfant à la naissance*. Cela serait donc à un trouble fœtal ou du premier âge immédiat qu'il faudrait faire remonter la cause du trouble mental. Si cette cause joue un rôle certain dans l'épilepsie et dans l'idiotie, elle peut peut-être donner naissance à des formes de folie dites congénitales.

Parmi elles se trouve ce que l'on a appelé la *folie gémellaire* où les jumeaux sont pris du même trouble mental au même âge, sans qu'il y ait contagion. S'agit-il ici d'hérédité vraie ou de trouble congénital?

6° *La consanguinité* est seulement de l'hérédité renforcée.

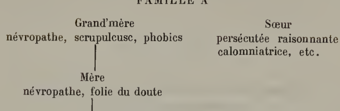
Résumé. — On voit que ce que nous savons est très vague, en dehors du *fait* même qu'il y a très fréquemment des affections mentales (ou nerveuses) dans les antécédents des aliénés. Au point de vue diagnostique et pronostique, la connaissance de ces antécédents dits héréditaires et fœtaux ne paraît pas servir à grand chose jusqu'à présent, sauf dans quelques cas : la syphilis certaine des parents doit faire craindre la syphilis héréditaire ;

les formes de folie avec suicide dans la famille font prévoir le suicide chez le descendant. C'est une chose qu'il ne faut jamais oublier, pas plus que la contagion du suicide. Lorsqu'un malade atteint de folie aiguë guérit et est un « héréditaire », on admet qu'il faut craindre la récidive; enfin la folie intermittente ou à double forme, l'épilepsie se retrouvent souvent dans plusieurs générations. Mais au point de vue prophylactique, la connaissance des antécédents familiaux reprend toute son importance (voyez à l'article Prophylaxie). — On comprend ainsi pourquoi, contrairement à quelques auteurs, je n'ai pas admis comme types cliniques la folie des dégénérés ou la folie héréditaire.

Toutes les considérations qui précèdent aboutissent à la justification de la classification que j'ai adoptée où l'étiologie est admise là où elle est évidente, où la clinique seule intervient là où l'étiologie nous fait défaut, dans l'état de nos connaissances.

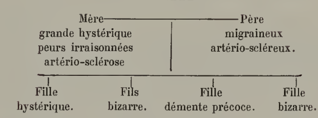
Exemples de familles d'aliénés.

FAMILLE A



Fils
névropathe, doute, obsessions

FAMILLE B



FAMILLE C

Grand'mère
aliénée (mélancolique ?)

Mère
bizarre.

Fille
déséquilibrée, débile.

FAMILLE D

Grand'mère
persécutée.

Père
bizarre, lacunes morales et intellectuelles.

Petit-fils
bizarre, déséquilibré.

CHAPITRE XXVI

RENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'ÉVOLUTION DES TROUBLES MENTAUX

SOMMAIRE. — L'évolution des troubles est difficile à prévoir. Notre ignorance est grande. — Tableau. — Résumé de ce que l'on sait approximativement.

Il est inapproprié d'employer, comme on le fait en pathologie ordinaire, le terme *aigu* pour caractériser des troubles mentaux, sauf pourtant peut-être pour certains délires toxiques ou infectieux. En effet, parmi ces derniers, le délire alcoolique dit aigu ou subaigu n'a pas du tout une allure semblable à celle de l'intoxication chronique, pas plus que l'ivresse n'est semblable à la démence alcoolique. Mais pour la majorité des autres, c'est l'expression *rapide* ou encore de *durée courte* qui conviendrait le mieux ; ainsi la « paranoia » aiguë ne se distingue souvent de la chronique que par la courte durée du trouble. Il est vrai que son allure est plus tumultueuse, plus précipitée, plus hallucinatoire parfois ; mais la différence n'est jamais aussi grande qu'entre les maladies aiguës d'essence curable (ou mortelle) et les affections chroniques de la pathologie médicale proprement dite. Une autre difficulté est que tous les troubles mentaux curables (1) peuvent devenir chroniques, incurables, ou se terminer par la démence. Ainsi la mélancolie, forme essentiellement curable, peut guérir, ou devenir chronique sous la même forme, ou devenir « paranoia secondaire » et enfin finalement démence. D'autre part, un *accès* de folie intermittente est curable et ne passe pas à la démence, mais l'ensemble des accès (que l'on admet constituer un tout) est chronique et peut finir parfois en démence. Enfin les incertitudes du diagnostic dues à notre ignorance des causes réelles de toutes les folies sans causes apparentes, dans les antécédents desquelles on trouve souvent l'hérédité ou

(1) Sauf le délire épileptique.

avec lesquelles il y a souvent des stigmates de dégénérescence, et que pour cela on appelle constitutionnelles, ces incertitudes, dis-je, font que le pronostic est difficile ou impossible à poser dans nombre de cas. Savons-nous *certainement* par exemple quels sont les délires dits polymorphes qui deviendront incurables et démentiels, et ceux qui guériront?

Ce sont toutes ces considérations et bien d'autres encore qui rendent possible, parce que *vague*, un pronostic *général* des troubles mentaux, un exposé général de leur évolution, qui deviendra impossible le jour où une classification véritable et une connaissance réelle des troubles mentaux, à cause non apparente actuellement, remplaceront la classification provisoire et arbitraire, purement clinique, extérieure pour ainsi dire, que je suis obligé de suivre.

Je pourrais, comme les auteurs, faire des distinctions tranchées et des théories commodes et absolues, qui ne répondent en rien à la réalité, tout en donnant la *même* classification ou à peu près. Je préfère exposer les choses sous le jour plus imprécis et plus vrai où elles m'apparaissent.

Il suffira pour mon but que je résume, sous le bénéfice des remarques précédentes, en un tableau d'ensemble, les données généralement admises et que j'admets :

Évolution des troubles mentaux.

Début.......	Brusque......	Plus il est brusque, meilleur est le pronostic (folies à causes inconnues.)	
	Lent.........	Avec une période prodromique souvent.	
Marche......	Par périodes..	Période prodromique. Période d'état........ Période de terminaison...............	Par exemple la paralysie générale.
	Continue.....	Simple..............	
		Progressive, souvent aussi avec périodes.	Surtout les folies systématisées.
	Avec rémission (atténuation momentanée)............................		Paralysie générale surtout.
	Avec intervalles lucides, intervalles de quelques heures à quelques jours où le trouble mental disparaît.		
	Par intermittences..................		Folies intermittentes.
	(*Nota. — L'intermittence ne peut à elle seule caractériser un type clinique*).		
	A rechute.....	Particulièrement les délires d'épuisement.	

- **Durée**
  - Très courte : Quelques heures à quelques jours — Surtout le délire épileptique.
  - Courte : Un mois à un an.
  - Indéfinie : De plusieurs années à toute la vie — Folies chroniques et systématisées.
  - Guérison :
    - Graduelle.
    - Oscillante.
    - Brusque.
- **Terminaisons.**
  - Chances de guérison suivant :
    - Le temps écoulé.
      - Premier semestre — Grandes chances suivant la forme.
      - Deuxième semestre. — 1/2 de chances du premier semestre.
      - Deuxième année — 1/6 de chances du premier semestre.
      - Quatrième année — Guérison exceptionnelle.
    - L'âge. — Plus l'âge est jeune, meilleur est le pronostic, sauf s'il y a folie discordante.
    - Le sexe. — Le sexe féminin guérit plus que le masculin.
  - Chronicité.
    - Simple.
    - Démentielle. — Signes pronostiques de l'incurabilité (voyez p. 250).
  - Mort.
    - Par évolution fatale — Paralysie générale.
    - Par gravité spéciale :
      - Intoxications.
      - Infections.
      - Délire d'épuisement.
    - Par complications — Voyez p. 272.
    - Par maladies intercurrentes. Voyez p. 272.
- **Récidives** — Surtout dans les intoxications *volontaires* et dans les folies rapides de cause inconnue, dites constitutionnelles.

CHAPITRE XXVII

COEXISTENCE DE TROUBLES MENTAUX DE DIFFÉRENTES ORIGINES. COEXISTENCE DES DÉLIRES

L'épilepsie, par exemple, n'empêche pas l'alcoolisme ; on pourra voir un épileptique délirant et ayant en même temps un accès de delirium tremens.

De même la paralysie générale et l'alcoolisme peuvent se combiner, etc., un fou persécuté peut aussi délirer sous l'influence de l'alcool; c'est ce qu'on a appelé coexistence des délires. — Il va sans dire que ces hybrides sont parfois fort malaisés à reconnaître.

CHAPITRE XXVIII

SIMULATION ET SURSIMULATION

On a parfois une grosse difficulté à distinguer des signes simulés des réels; d'autant plus que, comme on le verra à la folie discordante, des malades présentant ce type clinique semblent souvent des simulateurs : ils ont l'air de jouer une comédie. En outre, il y a la *sursimulation* dans laquelle un individu malade réellement simule un autre type clinique. C'est une affaire d'expérience de débrouiller cela. Je renvoie à la III[e] partie où l'on trouvera quelques brèves indications pour l'examen spécial de ces simulateurs.

DEUXIÈME PARTIE

LES MALADES. — LES TYPES CLINIQUES (1)

PREMIÈRE SECTION

TROUBLES MENTAUX DE CAUSE RECONNUE

CHAPITRE PREMIER

INTOXICATIONS (2)

Sommaire. — 1° *Alcoolisme.* — *Alcoolisme aigu. Ivresse.* — Formes ordinaires; formes anormales, hybrides: délirante, convulsive, impulsive.

Alcoolisme chronique. — Un exemple: caractères spéciaux, affaiblissement portant d'abord sur le caractère, les sentiments moraux.

Démence alcoolique. — Un exemple avec complication artérielle, démence, bribes d'idées délirantes caractéristiques, de persécution sous forme de rêve, de jalousie, etc.; état somatique.

La pseudo-paralysie générale alcoolique. Deux exemples d'alcooliques pris pour de la P.G.

Paroxysmes. — Sur ce fond d'alcoolisme chronique peuvent apparaître certains types: *Délire alcoolique hallucinatoire, delirium tremens.* — Exemple: type de délire de rêve spécial avec animaux en mouvement, frayeur, réactions du malade. État somatique.

Délire avec confusion. — Exemple: État physique grave; mort. Delirium tremens.

Délire de persécution alcoolique. — Exemple.

Paraît souvent prendre naissance dans un rêve; surtout hallucinations auditives, anxiété, peur.

(1) Pour éviter trop de répétitions, je ne me suis pas appesanti de nouveau, à propos des types cliniques, sur les signes dont j'ai déjà étudié les détails dans la sémiologie; le lecteur devra pour compléter la connaissance de chaque type se reporter à la sémiologie. Il trouvera, indiqués à la table alphabétique des matières, tous les endroits où il a été parlé des signes pour chaque type, et à la table des observations tous les endroits où le même malade a été étudié sous les différents aspects.

(2) J. Roubinovitch, art. Alcoolisme, *in Traité de G. Ballet*, p. 374. — Régis, *Précis*, p. 512. — Chambard, Les morphinomanes. Paris. S. D. *Biblioth. méd. Charcot-Debove* (j'indique ce dernier ouvrage quoiqu'ancien parce qu'il est *vécu*).

Hallucinations persistantes. — Exemple.
Sans délire surajouté, abstrait.
Pseudo-mélancolie alcoolique. — Exemple.
Délire vague, craintes intenses.
Délire de jalousie alcoolique. — Absurdité des idées délirantes.
Psychose polynévritique de Korsakoff, alcoolique. — Syndrome de Korsakoff avec névrites d'origine alcoolique: un exemple.
Exemple de *reliquat* de psychose de Korsakoff alcoolique chez un vieillard.
Complications méningées. — Un exemple.
Folie alcoolique systématisée chronique.
Hybrides d'alcoolisme chronique et de déséquilibre mental: deux exemples. Très fréquents.
Exposé général.
Remarque générale.
2° *Morphinisme.* — Intoxication chronique par le chlorhydrate de morphine. Un exemple compliqué d'opiophagie. Exposé général.
3° *Cocaïnisme.* — Exposé général.
4° *Opiumisme.* — Intoxication par la fumée d'opium. Opiophagie.
5° *Ethérisme. Chloralisme. Caféinisme. Théisme. Haschischisme.*
6° *Saturnisme. Sulfure de carbone*, etc. — Le saturnisme est calqué sur l'alcoolisme, sauf qu'il n'est pas volontaire. Différence entre les poisons « passionnels » et les autres. Les autres intoxications sont rares et peu importantes.
7° *Pellagre.*

1° Alcoolisme.

L'intoxication alcoolique peut, comme on le sait, amener des désordres dans différents organes. Ici il ne sera traité que des troubles portant sur le système nerveux avec altération du fonctionnement psychique.

Alcoolisme aigu. — Ivresse.

L'intoxication aigue est consécutive à l'abus passager des boissons spiritueuses. Dans certains cas rares, cette ivresse prend une forme anormale, pathologique : cela se rencontre chez les déséquilibrés et les épileptiques latents pour ainsi dire (L'alcool est d'ailleurs le plus grand ennemi des épileptiques). C'est, en réalité, un *hybride* d'alcoolisme et de déséquilibre ou d'épilepsie latente. Elle peut être *délirante*, *convulsive*, surtout après l'absinthe, *impulsive*, aussi surtout après l'absinthe. Il va sans dire que cette classification est approximative et veut dire que cette ivresse anormale est plutôt ceci que cela, mais peut être tout à la fois. J'ai vu à Bicêtre plusieurs ivresses anormales dont la suivante :

Op..., un jeune apache d'une vingtaine d'années, ne manquait jamais quand il était ivre, de se livrer à quelque excentricité qui l'amenait en conflit avec la police : bris de carreaux sans cause, violence et rixes. Un jour il avait attaqué

un fiacre; il l'avait secoué violemment par derrière. Il ne se rappelait que vaguement les détails de ce méfait.

Alcoolisme chronique. — Démence alcoolique.

Alcoolisme chronique. — Mur..., employé de commerce, était un homme instruit et intelligent, que des déboires de famille et de carrière poussèrent jeune à l'abus du vin, de la bière et des alcools sous toutes les formes. D'une moralité et d'une délicatesse de sentiments parfaites, il perdit insensiblement ces qualités au fur et à mesure qu'il avançait en âge. Il se livra à une débauche de bas étage, contrastant avec ses habitudes antérieures. Il passait au café tous ses instants disponibles, et, chez lui, buvait des petits verres, malgré toutes les observations qu'on pouvait lui faire. En même temps, dépensant sans compter, faisant des dettes, il recourut à partir d'un moment donné à la bourse de ses amis avec un sans-gêne inouï. Il employait cet argent emprunté à des achats de luxe au lieu de s'en servir à désintéresser ses fournisseurs, achats qu'il avait l'inconscience de montrer à ces amis mêmes à qui il avait emprunté. Sa volonté faiblissante le laissait à la merci de ses impulsions et l'empêchait de terminer les différentes choses qu'il entreprenait. Il devenait vraiment amoral, tenant des propos extraordinaires devant les femmes de sa famille, énervé, dormant mal et continuant de plus belle à boire de l'alcool. Tout cela amenait des querelles avec sa famille et avec sa femme, qu'il accusait de perdre la tête, comme cela arrive fréquemment en pareil cas (c'est ce que Wernicke appelle le *transfert*). Il devenait malpropre, désordonné chez lui, négligent dans ses occupations, et il était mal noté par ses patrons. Malgré tout cela, la bonne opinion qu'il avait toujours eue de lui-même, et qui était autrefois justifiée, ne faisait qu'augmenter et il accusait ses patrons de malveillance à son égard. Finalement, il dut résigner ses fonctions avant qu'on ne le remerciât. Peu de temps après, heureusement pour lui et sa famille, une maladie intercurrente l'emporta.

C'est là un type classique d'alcoolisme chronique au début, à peu près pur, dans lequel il n'y a guère que des signes psychiques; bien que cela soit un affaiblissement mental définitif et par suite de la démence, on emploie plutôt le terme d'alcoolisme chronique tant que la déchéance intellectuelle n'est pas marquée.

Chez ce malade, la mémoire n'avait pas sensiblement baissé. Ce qui était atteint surtout était le côté moral, éthique, comme l'on dit; la perte des sentiments élevés qu'on lui avait connus était chez lui des plus frappantes. En même temps, l'augmentation du contentement de soi-même, une appréciation inexacte de sa conduite l'amenaient insensiblement à des idées vagues de persécution et de grandeur, ce qui indiquait bien que l'intelligence commençait à être touchée. S'il avait continué à vivre, il est hors

de doute qu'il n'eût présenté finalement des accidents plus graves encore, comme ceux que je vais rapporter maintenant.

Je commencerai par l'histoire du malade Sou..., alcoolique chronique ayant abouti à la démence, chez lequel on trouve non seulement cette démence caractérisée, mais aussi, en germe, beaucoup de manifestations qui peuvent se développer sur cet alcoolisme chronique.

Démence alcoolique. — Sou..., 52 ans, ancien serrurier, entré à Bicêtre le 4 avril 1906, mort le 17 février 1910.

Antécédents. (Renseignements donnés par la femme.) — Sa femme, qui l'a épousé il y a vingt-cinq ans, le considérait comme normal; il a toujours été un peu « fêtard ». Ils ont eu trois enfants dont un mort de méningite tuberculeuse; l'un des survivants est grêle. S... s'est mis à boire de plus en plus, vin, rhum, Pernod; il se grisait souvent. Il y a quinze ans, pendant une crise de delirium tremens, il a voulu s'asphyxier. Il y a six ans qu'il ne travaille plus. Il y a trois ans, appendicite opérée par le docteur Chaput.

Depuis un an il perd la mémoire, dit des bêtises, pousse des cris, fait du tapage; il boit toujours. Il demande à divorcer sous prétexte que sa femme dépensait tout l'argent; mais il n'a pas voulu que sa femme se présentât devant le juge au moment de la convocation, et il ne s'est pas présenté non plus.

Un jour il s'absente du matin au soir. En rentrant, il veut manger du charbon, enfiler son pardessus dans ses pieds, il prononce des paroles incohérentes. C'est alors qu'il est envoyé à Broussais, puis à Sainte-Anne, enfin à Bicêtre.

5 avril 1906. — Aspect du buveur d'habitude, figure ravagée, portant plus que son âge, le nez rouge, les cheveux rares. Il est borgne par suite d'accident. Pas de signes de lésions de l'appareil circulatoire. Il ne sait pas où il est, ni ce qui lui est arrivé; il se rend d'ailleurs compte qu'il n'a plus bien la mémoire présente. C'est sa femme qui le fait enfermer. Toutes ses réponses sont très vagues et son indifférence est complète.

19 avril 1906 — Il raconte que sa femme, sans aucune espèce de raison, l'a emmené dans un lavoir où on l'a enfermé; là il a vu des femmes qui se sont moquées de lui (il n'a jamais été enfermé dans un lavoir). On l'a enlevé et amené à Sainte-Anne et de là ici. C'est tout ce qu'il sait. Sa femme l'a fait enfermer pour ne pas divorcer, parce que lui a 900 francs de rente qu'elle perdrait s'il divorçait. Lui veut divorcer à cause de la moralité de sa femme. Cela lui est égal que sa femme le trompe, mais c'est pour la moralité des enfants. Ceux-ci lui ont dit : « Maman s'est fait toucher le derrière par M. F. et réciproquement dans le bois de Clamart. » — « Je ne voulais pas questionner mon enfant pour ne pas offenser sa pudeur. » On ne peut obtenir de détails précis. Il se borne à dire que sa femme se conduit très mal.

Il dit que sa femme, agée de 44 ans, est concierge et ouvrière. Il a deux enfants; l'un né en 1898, aurait 5 ans; en comptant sur ses doigts, il trouve que l'âge doit être de 10 ans. Il déclare que lui-même, né en 1853, avait 50 ans en 1900. Il croit être en 1907 ou 1908. Il est à Bicêtre depuis quinze jours; puis, se ravisant, il dit qu'il y a une semaine, puis qu'il y aura quinze jours

samedi prochain. On est en avril, le 15 ou le 16, il n'est pas bien sûr de tout cela. Il reconnaît qu'il perd la mémoire, mais cela lui est bien indifférent. Écriture tremblée et mots pas sur la même ligne.

30 avril 1906. — « On a cherché à me faire boire quelque chose qui m'a fait du mal, explique S... quand on l'interroge sur les causes de son entrée à Bicêtre ; c'est ma belle-sœur; elle a fait mettre son mari en prison; ils avaient volé tous deux il y a vingt ans. » Il explique aussi qu'il n'a pas été à la conciliation après avoir demandé le divorce, parce que sa femme lui a dit que ce n'était pas la peine d'y aller. « Je demande à m'en aller ou à aller dans un asile. »

25 mai 1906. — Dit que nous sommes le 24 mai 1907 et qu'il est entré depuis trois mois. — D. — Non, vous êtes entré le 4 avril ; combien cela fait-il de temps ? — R. — Un mois, trois mois. — D. — Calculez combien ça fait de jours ? — R. — Cela fait trente jours et quelque chose. — On essaie de lui faire faire le calcul par écrit ; il n'y arrive pas. « Je suis anéanti, désespéré de ne pouvoir répondre à une bagatelle. » Quand on l'aide à chaque temps de son calcul, il arrive à peu près à calculer. Quand on lui rappelle ses idées délirantes, il répond que ce sont des choses sans consistance. Il demande à s'en aller avec sa femme et ses enfants.

Il reçoit très mal sa femme qui vient le voir et à qui il reproche de ne pas lui apporter à boire, de l'avoir fait enfermer, d'être une coquine. Puis il dit que ça lui fait plaisir de la voir ; puis il lui reproche de dire des bêtises, de crier, de l'avoir fait mettre aux galères, au bagne.

Il s'excite. « On va te soigner ici, » dit Mme S.... « C'est pas possible de raisonner avec une femme pareille, répond S... »

16 décembre 1906. — Quelques jours auparavant, il racontait que sa belle-sœur a essayé de l'empoisonner. On revient sur la question.

D. — Votre belle-sœur a essayé de vous empoisonner ?

R. — Je n'en sais rien.

D. — Vous avez dit ça comme vous auriez dit autre chose ?

R. — Bien sûr.

D. — Quel âge avez-vous ?

R. — 45 ans.

D. — Quelle année de naissance ?

R. — 1852.

D. — Quelle année sommes-nous ?

R. — En 1875.

D. — Alors vous avez 23 ans ?

R. — Je dois avoir plus que ça ?

D. — Nous sommes en 1906 ; quel âge avez-vous ?

R. — 59 ans......

Il ne s'en tire pas.

D. — Quel mois ?

R. — Décembre.

D. — Quel jour ?

R. — Lundi, puisque hier c'était dimanche.

Complètement indifférent.

1907. — Etat mental toujours le même. Le malade, inerte, se laisse con-

duire, ne s'occupe pas, accepte tout ; il engraisse, mais il se tient moins bien sur ses jambes. Il marche à petits pas, les jambes écartées. A la fin de l'année, il est obligé de garder le lit.

11 janvier 1908. — On l'examine de nouveau complètement. L'état mental est encore plus mauvais. Il ne sait ni la date ni son âge.

D. — Comment allez-vous ?

R. — Je suis malade.

D — Qu'est-ce que vous avez ?

R. — Je ne sais pas.

. . . .

D. — Depuis combien de temps êtes-vous ici ?

R. — Il y a cinq ans.

D. — Comment savez-vous qu'il y a cinq ans?

R. — Je suis loufoque.

D. — Mais pourquoi cinq ans plutôt que dix ?

R. — Je ne sais pas.

D. — M'avez-vous déjà vu ?

R. — Peut-être bien !

D. — Qui suis-je?

R. — Vous avez la mission de nous f..... dedans.

D. — Comment s'appelle la maison où vous êtes?

R. — Je ne sais pas le nom.

D. — Depuis cinq ans que vous êtes ici vous ne savez pas le nom ?

R. — Bien sûr !

D. — Êtes-vous bien ici ?

R. — Quand je serai fou, tout à fait fou, je serai bien là.

. . . .

D. — Comment cela se fait-il que vous ne marchiez pas bien?

R. — Ça vient du cerveau ..... Je voudrais aller chez moi.

. . . .

Complètement incapable de donner un renseignement sur sa vie passée, de lire une ligne en la comprenant, d'écrire un mot, de faire un calcul élémentaire. Presque toutes les acquisitions sont détruites.

Réflexes rotuliens et aux membres supérieurs très exagérés. Signe de Babinski à droite, pas de trépidation épileptoïde. Réflexes crémastériens et abdominaux abolis. Hyperesthésie superficielle généralisée; diminution de la sensibilité profonde. Marche à petits pas, les jambes écartées, traînant les pieds, avec tendance à s'effondrer. Ne peut se tenir debout sans être soutenu. — Depuis quelque temps le malade gâte.

A la fin de l'examen, le malade s'effondre brusquement, malgré les assistants, et se fait une plaie du cuir chevelu superficielle mais qui saigne abondamment. Sa figure n'exprime ni étonnement ni crainte. Aucune expression mimique. Il sait qu'il s'est « fait mal un peu », mais il est complètement indifférent.

24 juin 1908. — L'état mental a encore baissé. Le malade ne sait même plus qu'il a été serrurier. Il appelle un couteau un canif, et un crayon un petit couteau. Au bout d'un moment il se rappelle qu'il a été serrurier, mais dans un trousseau de clefs il appelle toutes les clefs indistinctement clefs de sûreté. Aujourd'hui, il sait qu'il est à Bicêtre.

D. — Qu'est-ce que c'est?
R. — Une maison de fous
D. — Et vous, êtes-vous fou?
R. — Je le deviens, c'est la maison qui porte à être fou.
D. — Vous êtes satisfait?
R. — Oui.
D. — De quoi?
R. — Je ne sais pas.
D. — Je vous remercie.
R. — A votre service.

Il est dans son lit, très engraissé, la mine florissante, et complètement indifférent. Mange beaucoup et gâte de même.

Fin 1908, 1909. — L'état s'aggrave lentement. Le malade reste inerte dans son lit et ne répond plus aux questions.

Fin 1909. — Il maigrit et se cachectise.

17 février 1910. — Mort par cachexie.

Ici, l'alcoolisme chronique a amené la démence avec un état physique caractéristique. Il y a même une complication de lésion cérébrale, en foyer, aboutissant de lésion artérielle (si fréquente chez les alcooliques), puisque le malade présentait le signe de Babinski; il a eu certainement, vers la fin de 1907, un léger ictus qui a passé inaperçu.

Il y a des alcooliques déments très analogues à celui-ci, mais chez lesquels les symptômes physiques prennent une allure de paralysie générale, par suite *d'idées de grandeur*, de bredouillement, d'inégalité pupillaire parfois et de lenteur à la réaction lumineuse. C'est ce qu'on a appelé la *pseudo-paralysie générale alcoolique*.

C'est ainsi qu'en 1906 j'ai trouvé dans le service, dont j'avais pris alors la direction, deux malades Bis... S. et Sau... entrés l'un en 1904, l'autre en 1897 pour de la paralysie générale, et qui n'étaient que des alcooliques. Bis... avait présenté des idées de grandeur incohérentes avec excitation, de l'hésitation de la parole et de l'inégalité pupillaire; tout cela avait disparu; il n'y avait pas de lymphocytose, mais le malade était un débile, ce qui fait de cette poussée délirante un hybride (voyez plus bas) de débilité mentale et d'alcoolisme chronique. Bis... a avoué que, maquignon, il buvait par jour jusqu'à 3 ou 4 litres de liquides variés. L'autre, Sau..., avait la parole embarrassée, du tremblement des lèvres et de la langue et de l'affaiblissement intellectuel avec une ancienne hémiplégie infantile. Il n'est resté que l'affaiblissement intellectuel; il a été passé aux vieillards de l'hospice, où il est encore.

L'absence de lymphocytose différencie cette forme de la paralysie générale et la rémission des symptômes arrive généralement

avec la privation d'alcool, à moins qu'il ne soit trop tard. On peut parfois, si on ne pratique pas la ponction lombaire, se trouver fort embarrassé. On doit toujours penser soit à la paralysie générale, soit à l'alcoolisme chez un dément, au milieu de la vie, dans la classe ouvrière; parfois, trop souvent, il y a les deux réunis.

Chez l'alcoolique Sou..., il y a, outre la démence, des idées de persécutions visuelles et vagues (les femmes du lavoir qui se sont moquées de lui n'ont existé que dans son imagination), et des idées d'empoisonnement non moins vagues. Elles sont le reliquat d'un délire de rêve plus marqué qu'il a évidemment eu avant son entrée à Bicêtre. Et ce reliquat même a disparu au fur et à mesure que la déchéance s'accentuait. Il a des idées de jalousie absurdes et fondées aussi mal que les idées délirantes. Enfin, avant d'entrer, il avait présenté des phases d'excitation avec incohérence. Tous ces éléments, atténués chez lui, prennent chez d'autres une importance plus grande. D ailleurs il a eu autrefois une vraie crise de delirium tremens. C'est donc sur ce fond général d'alcoolisme chronique évoluant vers la démence que se détache une série de symptômes passagers ou plus ou moins chroniques, qui peuvent prendre une plus grande importance que les autres, et former ce qu'on appelle le *delirium tremens*, *délire alcoolique subaigu*, *aigu* ou même *suraigu*, parfois mortel, le *délire de persécution alcoolique*, ou « paranoia » alcoolique, la *pseudo-mélancolie alcoolique* ou délire vague avec grande anxiété et réactions anxieuses, le *délire de jalousie alcoolique*, la *psychose polynévritique* de Korsakoff.

Paroxymes sur le fond d'alcoolisme chronique.

Ce sont ces types dont je vais parler maintenant. Mais je dois immédiatement prévenir que s'il y a des types qui paraissent purs, il y en a aussi d'autres anormaux qui sont très fréquents et qui se rencontrent chez des déséquilibrés; ce sont des hybrides analogues aux hybrides de l'ivresse. Bien que l'on sépare nettement l'ivrognerie de l'alcoolisme, en fait les deux se rencontrent souvent ensemble, et dans les hybrides de l'alcoolisme il est parfois difficile et oiseux de distinguer les deux. Enfin, très souvent, les symptômes tiennent si peu cliniquement de l'alcoolisme qu'il est difficile de rattacher ces faits à l'intoxication qui

paraît n'en être que l'occasion. On en verra des exemples à propos des folies aiguës. Je donnerai aussi des exemples d'hybrides, ainsi que d'une complication nerveuse de l'alcoolisme, la pachyméningite hémorrhagique.

Délire alcoolique hallucinatoire. — Boi..., journalier, 44 ans, entré à Bicêtre le 4 mars 1908.

Antécédents donnés par la femme. — Il est journalier et travaille aux champs depuis trois ans. Il y a deux ans, a été soigné à l'hôpital pour attaque de paralysie localisée à la jambe gauche; trois mois de séjour à l'hôpital. Il ne boirait pas d'alcool, mais au moins trois litres de vin par jour; ses mains tremblent depuis longtemps. — Ils ont eu un enfant qui est mort à 5 ans d'albuminurie. Depuis trois jours, insomnie complète; il voit des bêtes, des gens qui courent après lui, il ouvre la porte de son logement et se sauve.

4 mars 1908. — Boi... est amené par sa femme. Il entre dans mon cabinet l'air abruti et absent, sa figure est ravagée, maigre, rouge, le nez rouge, les yeux jaunâtres. La tenue est correcte. Il s'assied sur une chaise. Pendant que je cause avec sa femme, on le voit s'agiter sur sa chaise sans dire un mot, sans s'inquiéter de ce qui se passe. Il fait, avec ses mains qui tremblent, des gestes comme pour attraper quelque chose dans l'air qui attire son attention. Pourtant on peut le tirer de son rêve en l'interpellant. Interrogé sur ce qu'il fait, il répond que ce sont des toiles d'araignée qui l'entourent et qu'il cherche à prendre. On lui demande comment ça se fait, il ne sait. Il sait seulement que c'est ici le médecin de la cinquième compagnie et que nous sommes en l'année 1896. — « Pourquoi venez-vous ici? » — « Ce sont mes douleurs et mes maux de tête. » — « Vous dormez bien? » — « Par moment. » — « Pourquoi ne dormez-vous pas? » — « C'est comme si on tapait avec un couteau dans mes jambes...... Et puis je fais de mauvais rêves, ce sont des tigres, des chats, des rats. » — « Et des personnes? » — « Quelquefois j'en rêve, mais ce n'est pas une discussion comme l'autre jour avec les gens qui élèvent les animaux. » — « Et dans la journée? » — « C'est l'autre jour samedi; ces quatre ou cinq là qui font l'élevage des animaux m'ont poursuivi dans la rue, parce que la veille ils étaient venus faire un cochon sur le lit du gamin, et dans la nuit quand ils ont eu fini, ma femme était couchée, avec des pompes comme un perruquier, ils voulaient me débarbouiller de colle et y mettre des plumes pour nous endormir; quand j'ai réveillé ma femme, ils étaient partis. » La langue est sale, les conjonctives jaunes, le foie petit; pas de signes de névrites, sauf les douleurs; albumine dans l'urine. Pas de température. P. 73 kilos.

5 mars. — Le malade n'a rien manifesté d'anormal pendant la nuit, après avoir été au bain pendant deux heures et au régime lacté depuis hier avec séjour au lit. Il nie m'avoir vu hier. Il reconnaît être à l'hospice de Bicêtre depuis lundi avant-hier, et aujourd'hui c'est samedi (contradictions). Puis il se reprend, il dit qu'il est entré jeudi soir et qu'hier à cette heure-ci (10 heures), il était au bain (inexact).

D. — Quelle date?

R. — 10 ou 11.

D. — Quel mois?

R. — Mars.

D. — Quelle année?

R. — 1907.

D. — Vous avez eu peur ces jours-ci?

R. — J'ai eu des rêves.

D. — Lesquels?

R. — J'ai vu toutes sortes d'animaux.

D. — Lesquels.

R. — Des serpents, des couleuvres, des tigres, des lions. Ils couraient après moi; j'ai eu peur. Les gens qui élèvent les animaux, les dresseurs, ils plumaient les oies, les dindes, leur crevaient les yeux pour les apprendre à aller dans les cirques; ils avaient des pompes comme des perruquiers; ils se cachaient sous le lit, puis vous barbouillaient la figure avec de la colle et vous enduisaient de plumes.

D. — Vous avez vu la plume?

R. — Oui.

D. — Ils le faisaient aussi à votre femme.

R. — La même chose.

D. — Vous vous êtes sauvé?

R. — Il était 9 heures, 9 heures 1/2, je me suis sauvé chez un marchand de vins.

D. — Quel jour?

R. — Mercredi. Cet homme-là, (un dresseur) prenait cette femme, « la pituite » (*sic*) entre les jambes, lui enfilait quelque chose dans la jambe et puis çà formait un cochon ou n'importe quels animaux (*sic*). Çà se passait dans ma chambre, dans le lit de mon garçon qui n'était pas là. Le lendemain, ils sont venus avec des oies et des poules et leur crevaient les yeux.

Ces bêtes étaient amenées quatre par quatre dans ma chambre et parlaient.

D. — Combien y en avait-il?

R. — Une vingtaine de poules.

D. — Ces bêtes parlent?

R. — Oui, monsieur, pas tout à fait.

D. — Mais on comprend ce qu'elles disent?

R. — Oui, monsieur,

10 mars. — B... dit ne pas se rappeler tout ce qu'il a raconté ces jours derniers, et quand on lui demande s'il croit que ces choses extraordinaires aient pu arriver, il répond : je ne sais pas.

12 mars. — Se plaint de mal de tête à droite : « de petits coups me tapent. » Il est complètement orienté, il a une physionomie normale, mais il tremble encore. — Reconnaît qu'il a dit des bêtises.

19 mars. — Travail au marais; il est normal.

16 mai. — A engraissé de 4 kilogs, tout à fait rétabli. Exeat.

C'est un cas typique : Délire de rêve avec des hallucinations, surtout visuelles, figurant principalement des animaux mobiles et revêtant le caractère de persécution; réactions du malade qui « joue » son rêve. Pas de confusion. Etat somatique : aspect, trem-

blement, albumine. — On a déjà vu un premier exemple dans l'introduction à la page 1.

Mais cet état peut être beaucoup plus grave, soit avec incohérence, grande surexcitation et agitation, ou confusion extrême, avec fièvre intense, tremblement énorme, soit avec seulement de l'excitation intellectuelle, bavardage incohérent, état de dénutrition rapide, sans fièvre, et dans les deux cas cela peut aboutir à la guérison ou à la mort.

Voici un exemple de ce dernier cas.

Délire alcoolique avec confusion, mortel. — Bas..., maçon, entré à Bicêtre, le 12 mars 1808, à l'âge de 40 ans.

Renseignements (d'après la femme): B..., aurait été blessé le 2 février, ayant été serré contre un trottoir par une voiture de plâtre pendant son travail de maçon. Il aurait eu une fracture (?) à la jambe droite ayant nécessité un séjour de 30 jours à la chambre. Le 7 mars il va à l'assurance pour obtenir le demi-salaire comme indemnité. On lui offre 69 francs que refuse le malade. Le soir même il s'agite, voit des bêtes, des voleurs, des fusils qui le bombardent; grande frayeur; il monte sur une table, tombe sur la fenêtre, et en cassant un carreau est blessé à la tête. Habituellement il s'enivrait, avait des cauchemars où il voyait du feu, rêvait de son métier. Il est impossible de savoir s'il avait des crampes et des pituites, le matin. Il aurait subi des privations pendant son séjour à la chambre.

13 mars 1908. — Mauvais aspect général, lèvres fuligineuses, maigreur considérable. Tremblement généralisé. Aspect hébété, regard fixe et hagard. Pas de température, albumine dans l'urine. Mutisme absolu. Pendant la nuit, il a été agité et a parlé continuellement.

14 mars. — « Je me suis fait sauter le caisson en l'honneur de la patrie française en déployant le drapeau. » Ceci est dit à voix basse, monotone, comme dans un rêve.

Les yeux fixes, brillants, le malade prend un air effrayé.

D. — De quoi avez-vous peur?

R. — De ma mère la patrie.

D. — Où êtes-vous ici?

R. — Dans les Bouches-du-Nord.

D. — Où demeurez-vous?

R. — Dans l'invention du crime.... Je ne m'en souviens pas, j'ai dormi tout le temps.... Vive la mort! (Les réponses sont faites de la même façon que ci-dessus.)

Réflexes tendineux exagérés. L'examen provoque la frayeur du malade.

16 mars. — Aspect complètement hébété, « stupide », carphologie. Terreur quand on approche, pas de réponses aux questions, par intervalles cris inarticulés ou paroles incohérentes. Plus d'albumine; pigments biliaires dans l'urine.

24 mars. — Mort. — Autopsie refusée.

Le traitement avait consisté en séjour au lit, régime lacté, potion de Todd avec acétate d'ammoniaque.

Ici, il y a une stupidité, une confusion intense, avec rêve effrayant, terreur généralisée; état somatique grave, qui pourrait faire prendre cet état pour un délire infectieux; mais ici la terreur est la marque de l'alcoolisme.

Ces délires alcooliques, dits subaigus, aigus ou delirium tremens (à cause du tremblement qui est parfois énorme), ne durent que quelques jours dans la grande majorité des cas. Les autres sont plus prolongés et paraissent parfois être le reliquat des précédents. Ils ne revêtent pas l'allure de la confusion ni du délire de rêve.

Le malade suivant est un exemple du délire alcoolique de persécution ou « paranoia alcoolique. »

Délire alcoolique de persécution. — Clé..., 50 ans, sans profession, entré le 21 mai à Bicêtre, sorti le 18 novembre 1907.

Renseignements fournis par le beau-fils du malade. Le malade boit énormément de vin. Il a déjà eu des accès d' « excitation », mais c'est la première fois qu'il est interné. Cécité complète depuis l'âge de 8 mois. Pensionnaire des Quinze-Vingt.

A la préfecture et à Sainte-Anne, d'après les renseignements, a présenté un accès de délire de persécution vague avec insomnie et excitation violente; fièvre; état gastrique.

22 mai. — Paraît normal, sauf des idées de persécution. On a voulu l'empoisonner aux Quinze-Vingt avec de la râclure d'ongles ou de la belladone dans le vin. On a expédié plusieurs pensionnaires pour avoir leur argent. « Je ne suis ni pape ni papillon, Monsieur le Docteur, puisque je suis aux fous, mais je puis vous dire que j'ai connu une femme, Mme D..., qui est morte dans sa chambre et dont on voulait prendre l'argent. On en a expédié une autre, Mme X..., mais elle n'avait pas d'argent. Le directeur m'a fait emboîter par vengeance et je suis sûr qu'ils ont pris les bijoux, les vêtements et qu'ils ont gardé les meubles. On a dû me donner des drogues pour m'affoler : c'est le veilleur de nuit qui m'a donné ces drogues qui vous brûlaient le gosier et la poitrine. »

Août. — A conservé encore dans les premiers jours ces idées délirantes.

16 août. — « Je suis heureux de vous voir pour demander à votre magnanimité de me laisser retourner à Paris. »

D. — Vous voulez retourner aux Quinze-Vingt?

R. — Oui.

D. — Et vous n'avez plus peur qu'on vous vole?

R. — Non.

D. — Vous n'êtes pas bien ici?

R. — Non, parce que je ne peux pas faire de musique. J'ai composé et je ne peux pas en tirer parti. Le talent sans argent, c'est un corps sans âme, a dit quelqu'un.

En l'absence de renseignements, il eût été bien difficile de faire le diagnostic au début; on aurait pris Clé... pour un fou systémati-

que peu complet. Ici, il semble que le délire de rêve a été réduit au minimum et que c'est son reliquat qui a pris de l'importance. Il est vrai qu'il y a des cas où ce *reliquat* prend une telle importance en évoluant chroniquement, qu'on peut se demander si réellement ce n'est pas une folie systématique ayant débuté avec de l'alcoolisme. On décrit ces formes sous le nom de *paranoia alcoolique chronique*. (Voyez plus loin.)

Hallucinations auditives persistantes. — Il faut signaler aussi des *hallucinations* ordinairement auditives, qui paraissent le *reliquat* d'un délire de persécution alcoolique plus ou moins passager, et qui durent parfois indéfiniment sans s'accompagner d'interprétation ni de délire surajouté. Le malade croît à la réalité des hallucinations; il les accepte, mais il ne bâtit pas sur elles un échafaudage délirant plus étendu.

C'est ainsi que Berr... alcoolique chronique de mon service de Bicêtre, entendait les autres malades le traiter de « lop » ce qui voulait dire pédéraste, parait-il ; il se précipitait alors sur eux pour les frapper. En dehors de cette hallucination il n'avait rien de délirant : c'était tout son délire. Pendant les trois ans que je l'ai observé, son état est resté invariable et rien ne faisait prévoir un changement.

L'observation suivante est celle d'une pseudo-mélancolie alcoolique; c'est un délire de persécution, mais où l'anxiété domine avec la peur, ce qui est encore la signature de l'alcoolisme ; pourtant l'infection et peut-être certaines auto-intoxications peuvent se présenter sous une forme très analogue.

Délire alcoolique de persécution. — (Pseudo-mélancolie alcoolique). — Hal..., ébéniste, 41 ans, entré le 19 mai 1908 à Bicêtre.

Renseignements (fournis par sa sœur et son beau-frère) : La femme de H... l'a quitté il y a dix ans en emportant linge, meubles, papiers, etc. Depuis ce moment, il s'adonne à la boisson et devient un mauvais ouvrier. De temps en temps il disait des bêtises puis se remettait. On se moquait de lui. Enfin, en novembre dernier, il commence à avoir des idées de persécutions ; il voit et entend ses ennemis. Après une accalmie, ces hallucinations reprennent de plus belle en août et ses parents le font enfermer. Il n'y aurait eu aucun antécédent morbide dans la famille ni chez H.

D'après les certificats de la préfecture et de Sainte-Anne, il présente du 5 avril au 26 mai un délire de persécution sans systématisation; il voyait des papillons, des rats, des souris : « Interprétations délirantes, illusions et hallucinations à caractère onirique. Cauchemars terrifiants. Périodes de dépression mélancolique et d'anxiété. Tentative de suicide au cours d'un raptus panophobique ».

20 mai 1908. — H... est un homme qui paraît plus que son âge, mais qui n'a pas l'aspect du buveur d'habitude. Il a les allures normales, sauf la mimique de la peur.

D. — Pourquoi vous amène-t-on ici?

R. — Pour me tuer.

D. — Qui veut vous tuer?

R. — Je ne peux pas vous dire.

D. — Pour quelles raisons veut-on vous tuer?

R. — Je ne sais pas.

Il sait où il est; il est orienté.

On lui a dit dans l'autre asile qu'on allait le tuer. Ici, cette nuit, on a chicané sur l'Alsace-Lorraine (il est Alsacien) ; ce sont des gens couchés comme les malades.

R. Mes idées sont faciles à comprendre, depuis trois ou quatre jours que j'entends ! On m'a fait venir ici pour se débarrasser de moi. Aujourd'hui c'est la charcuterie !

D. — Y avait-il des gens qui ont essayé de vous tuer?

R. — *Vous le savez bien !* (1) On entend des gens qui disent : on aura sa peau. Vous savez mieux que moi ce qu'on va faire ; je l'ignore encore ce qu'on va faire, le jeu est caché. Je vous assure que c'est embêtant de tuer un homme de ma force !

D. — Vous avez quelque chose à vous reprocher?

R. — Un mauvais mariage.

D. — Comment cela ?

R. — Parce que j'ai été trompé, trahi et dévalisé (exact).

D. — Expliquez-moi cela.

R. — Elle a eu un enfant avant d'être mariée qu'elle m'avait caché.

D. — Et puis?

R. — Ecoutez, ce n'est pas ça qui me soulage de la mort!

. . . .

R. — Ecoutez, monsieur ; mettez-moi à une autre peine : aux travaux forcés.

Il soupire et pleure.

21 mai. — D. — Vous avez dit hier qu'on allait vous guillotiner (il l'avait dit au surveillant). Est-ce fait?

R. — Ce n'est pas fait. Cela va venir.

D. — Pourquoi n'avez-vous pas voulu rester couché?

R. — Je ne sais plus où j'ai la tête, la honte que j'ai depuis huit jours; on va me donner aux chiens, le fin mot on ne me l'a pas dit; on le sait. Je vais danser maintenant comme un rien du tout ; comme un mégot dans la rue.

. . . .

Je n'aurais pas dû prendre cette femme-là. C'est elle qui m'a coulé.

D. — Mais votre femme est morte !

R. — Je sais bien; je devrais la laisser tranquille, mais elle me fait toutes les mistoufles; vous le savez, on parlerait jusqu'à minuit.

Il paraît, en dehors de ce délire vague et flou, peu affaibli intellectuellement; il écrit fort correctement en allemand (il est alsacien) : Heute ist meine letzte

(1) Je souligne, pour faire remarquer cette phrase calquée sur celle du persécuté ordinaire.

Stunde gekommen...; l'écriture est tremblée. Ni température, ni albumine, ni signes somatiques.

24 juin. — Prétend avoir vu les clefs du paradis (c'est la clef de l'infirmier).

D. — Comment étaient-elles?

R. — Oui, monsieur, si vous croyez à Dieu, croyez à Dieu le verbe du curé.

D. — Et vous, y croyez-vous?

R. — Je crois à la haine!

D. — Pourquoi la haine, de qui, contre qui?

Pas de réponse.

D. — Êtes-vous chargé d'une mission divine?

R. — Je ne vous réponds plus. Je les ai vues. Le lit était ouvert quand je suis arrivé ici, je vous ai demandé ma dernière heure.

D. — Est-ce que Dieu vous est apparu?

R. — Oui.

Impossible de rien faire préciser.

1er septembre. — Constamment préoccupé par l'idée qu'on va le supprimer. « Pourquoi me faire attendre, dit-il, tuez-moi tout de suite et que cela soit fini. »

« Ah! mon Dieu! quel malheur pour ma famille de me voir condamné à mort à mon âge! »

Le malade pousse de longs soupirs et semble angoissé.

Chaque jour il répète : « C'est pour demain sans faute; il faut me résigner à subir mon sort. »

Il prétend qu'on lui a coupé les bras: on l'a piqué, on lui a retiré la force des bras (on a examiné sa sensibilité, intacte.)

10 novembre. — «J'ai entendu parler de cela (qu'on va le tuer) à droite et à gauche par les autres. Moi je suis comme saint Thomas, je crois ce que je vois. »

« On a disposé un appareil en haut pour savoir ce que je dis, ce que je pense »

D. — L'avez-vous vu?

R. — Je l'ai entendu dire.

Il est impossible de faire jamais expliquer clairement au malade ses idées et de savoir s'il a des hallucinations ou seulement des illusions.

Le délire est vague, incohérent, et il y a évidemment un affaissement intellectuel sous-jacent. En l'absence de renseignements le seul élément qui aiderait à porter le diagnostic d'alcoolisme serait la peur.

Délire de jalousie alcoolique. — On en a vu un exemple flou, chez le dément Sou... Cela peut se développer bien plus et tenir toute la scène pathologique, mais l'absurdité des idées de jalousie est généralement très grande et ces idées peuvent s'accompagner d'hallucinations visuelles : ce délire porte le cachet de la démence et de l'alcool.

Psychose polynévritique de Korsakoff alcoolique. — Gon... Auguste, camionneur, entré à Bicêtre, le 8 juillet 1909, à l'âge de 61 ans.

Renseignements fournis par la sœur du malade. G... buvait beaucoup ; il vivait seul, célibataire, très peu en relations avec sa famille ; il n'aurait jamais été malade ; il était bon travailleur et très adroit. Après avoir bu, il avait des colères épouvantables. Son père est mort en enfance à 74 ans. Sa mère est morte aussi très âgée. — Pas d'affections nerveuses dans la famille. — Depuis deux ans G... fait particulièrement la fête, ayant eu un petit héritage qu'il dissipe ainsi rapidement. — Il y a cinq ou six semaines, il disparaît pendant huit jours de chez lui sans qu'on sache où il est allé ; il revient avec l'esprit troublé, on le conduit à Lariboisière ; il a un œdème considérable des jambes.

Ce matin sa sœur l'a vu ; G... l'a reconnue, mais lui a dit qu'il venait de rentrer après avoir fait un grand dîner ; il ne sait pas où il est ; il charge sa sœur de dire le bonjour à ses parents, morts, comme je viens de le dire.

9 juillet. — C'est un vieillard bien tenu, à l'aspect satisfait, qui répond volontiers aux questions. Ne sait où il est, ni la date, même approximative. Prend l'interne et les infirmiers pour des personnes de connaissance et désigne l'endroit où il les a vus. Il sait qu'il est né en 1848 et qu'il vient de Lariboisière, mais c'est tout. — Un peu d'albumine dans les urines.

10 juillet. — Dit à l'interne qu'il l'a vu il y a cinq ou six mois avec le médecin militaire de son régiment.

D. — Où êtes-vous ici ?

R. — Dans un asile occupé militairement parce que c'est une maison d'officiers militaires.

D. — Qu'avez-vous fait ce matin ?

R. — Ce matin j'ai été jusqu'à Charenton avec des gymnastes. Quand j'ai vu les préparatifs du déjeuner, je suis parti.

D. — Vous avez marché longtemps ?

R. — J'ai marché une heure et demie parce que je ne veux pas compter une demi-heure que je suis resté assis.

D. — Vous vous êtes promené à pied ?

R. — Oh ! oui, il faisait un temps magnifique ; nous avons fait une grande promenade à pied en suivant la Marne ; nous sommes arrivés dans un endroit où il n'y avait pas de mauvais vin, c'est un peu mon faible et ce serait une grande souffrance pour moi que d'être à côté d'un robinet d'eau. ..... Nous avons suivi la rivière et nous avons laissé le moulin à droite.

D. — Quel moulin ?

R. — Ce doit être celui d'Alfort.

D. — C'est un moulin à vent ?

R. — Non, à eau.

D. — A quelle heure êtes-vous parti ?

R. — A 9 heures moins 20.

D. — A quelle heure êtes-vous revenu ?

R. — A 10 h. 35, et puis on est parti en se promenant jusque là-bas, pas loin d'ici.

D. — Et hier soir, qu'avez-vous fait ?

R. — J'ai fait le fainéant. Nous avons fait un grand dîner avec les gymnastes. J'ai retrouvé des connaissances ; un qui m'a reconnu et l'autre qui ne l'a pas fait.

D. — Et après dîner ?
R. — J'ai fait un petit tour.
D. — Où habitez-vous ?
R. — Dans la maison à Docèle qu'on appelle de son nom.
D. — Vous avez vu quelqu'un de votre famille ?
R. — Oui, ma sœur est partie la dernière.
D. — Quel âge avez-vous ?
R. — Nous sommes en 1907, j'ai donc 30 ans.
D. — Vous avez encore votre père et votre mère ?
R. — Oui, ils se portent bien, je les ai vus hier.
D. — Et vos grands-parents ?
R. — A ce qu'il paraît, le grand-père se porte bien. Il a cent ans.
D. — Et votre grand'mère ?
R. — Un an ou deux de moins.
D. — Quel âge avez-vous ?
R. — Cinquante ou cinquante et un ans.

Réflexes rotuliens abolis. — Zones d'anesthésie et d'hypoesthésie aux membres inférieurs, douleurs musculaires à la pression.

16 octobre. — Depuis son entrée, l'état fondamental n'a guère varié ; mais la tendance aux récits imaginaires a diminué beaucoup ; G... conserve toujours sa physionomie d'indifférent plutôt optimiste. Il ne se rappelle pas être venu dans le cabinet du médecin ; pourtant il finit par dire que les personnes présentes sont des médecins et qu'il est à l'hospice de... ; il cherche, ne trouve pas le nom, mais le termine quand on lui souffle la première syllabe Bi. Il ne s'explique pas encore comment il est venu ici ; il ne sait pas où il a passé la nuit.

D. — Savez-vous quelle date nous sommes ?
R. — L'année c'est... (G... cherche). Tout se brouille !
D. — Vous ne vous rappelez pas ?
R. — Je ne me souviens pas.
D. — Quel âge avez-vous ?
R. — J'ai quarante ans ,... quarante-huit ans et demi.
D. — En quelle année êtes-vous né ?
R. — En 1848, le 20 avril.
D. — Et nous sommes en... ?
R. — (Pas de réponse ; le malade se gratte la tête.)
D. — Nous sommes en 1909, donc quel âge avez-vous ?
R. — 1848 plus 52 ça fait 1900 et 9 ça fait 61 ans.

Au bout d'un instant on lui demande l'année où nous sommes ; il l'a oubliée. On lui redit son âge (soixante et un ans) et l'année de sa naissance, il calcule correctement, après un peu de tâtonnements, que nous sommes en 1909.

Additions simples et multiplications simples de tête correctes. Il résout correctement le problème suivant : J'ai 27 oranges, j'en donne 1/3, combien m'en reste-t-il ? Sa réponse est 18. De même il résout le problème : Je pense un nombre et je le multiplie par 8, ce qui me donne 56. Quel est ce nombre ? On lui fait faire l'épreuve inventée par Ziehen (1) : on lui dit de faire la multiplication 7 × 8, puis de répéter les chiffres 4 7 3 2 0 9 ; 5 8 7 4 5 4. Il fait la multi-

(1) Voyez à la troisième partie : Examen de l'intelligence.

plication, répète la première série de chiffres correctement, mais pour la seconde dit 5 8 7 4 2 0 1 ; et ensuite il est incapable de dire la multiplication qu'il a effectuée. On fait l'épreuve des couples de mots ; au lieu de les redonner correctement, il donne les adjectifs placés en deuxième et pour plusieurs il ne rappelle rien.

arbre	haut	haut.
toit	rouge	bas.
chambre	petite	»
marteau	lourd	»
robe	jolie	bleue.
poisson	frais	vivant.
voiture	légère	»
vin	blanc	rouge.
homme	gros	grand.
pantalon	bleu	rouge.

Après cet exercice, on lui demande s'il se souvient de l'année où l'on est et il dit exactement 1909, mais il ne souvient pas qu'on lui a déjà posé la question.

D. — Depuis combien de temps êtes-vous ici ?

R. — Depuis deux jours.

D. — Deux jours ? Il y a bien plus longtemps !

R. — C'est que le temps a passé et que j'étais dans une position étrange.

D. — Ça ne vous paraît pas étrange de ne pas savoir?

R. — Oui, je suis tout bouleversé (la mimique n'indique pas une émotion bien forte).

D. — Il y a bien trois mois que vous êtes venu?

R. — J'ai dû venir après les exercices des 28 jours.

D. — Vous étiez donc militaire?

R. — Ça me semble que c'était à un de ces moments-là.

D. — A quel âge fait-on ses 28 jours?

R. — Oui, ça me revient ; c'est un peu vieux pour faire ses 28 jours.

D. — Quel âge avez-vous donc ?

R. — Je suis né en 1848... nous sommes en 1898.

D. — Non, en 1909.

R. — J'ai donc 61 ans (Il paraît surpris de cet âge).

D. — Alors on fait 28 jours à cet âge-là?

R. — Oh non! Alors c'est que j'ai fait une absence.

On lui fait lire la phrase suivante (il se sert d'une loupe) : Un violent incendie a détruit dans le port de Dunkerque mille balles de coton. 1.500.000 francs de dégats. (*Havas.*) Il ne peut la répéter et il ajoute : Si j'avais su, j'aurais fait attention, j'ai lu comme un homme distrait.

D. — En quelle année sommes-nous ?

R. — En 1909... (ne peut le dire.) Il m'est arrivé la même chose quand j'étais à Rouen. Les officiers m'avaient demandé une date ; nous étions là sept ou huit.

D. — Vous avez fait beaucoup de service ?

R. — Cinq ou six ans. J'étais sergent. J'ai été cassé pour... Oh ! c'est épatant (il cherche).... pour une absence ; j'avais fait la fête.

On lui montre le petit carton sur lequel se trouve la phrase ci-dessus. Il ne

se souvient ni de l'avoir lue ni d'avoir employé une loupe. On la lui fait relire; il ne la reconnaît pas. Mais il se rappelle cette fois en gros ce qu'il a lu : un violent incendie a détruit des matériaux à Dunkerque.

Il se croit dans l'après-midi vers 3 heures; il dit simplement pour l'emploi de sa matinée qu'il est resté dans une grande salle, puis on l'a conduit dans un endroit d'où on l'a amené ici. A une demande il répond qu'il croit qu'il a été se promener vers la plaine.

D. — Quelle plaine?

R. — Comme si nous descendions vers une rivière ou un fleuve (très vague).

On lui remontre le petit carton et la loupe; il ne reconnaît ni l'un ni l'autre.

D. — Mais vous vous en êtes servi deux fois.

R. — Oh! non! j'en suis sûr.

D. — Quelle année sommes-nous?

R. — Oh! c'est épatant. (Il cherche.)

19 octobre. — Nouvel examen pour compléter le premier. Résultats pareils. — Toujours surpris d'avoir soixante et un ans quand on lui fait calculer son âge. Il a dans sa poche des lunettes que lui a remises le surveillant et il est très étonné de les trouver quand on les lui fait chercher. Légère pseudo-réminiscence : « Samedi je croyais être en voyage en Allemagne. Nous sommes allés tout près de l'endroit où j'étais en captivité en 1870 et nous avons passé une période d'inspection, à moins que ce ne soit un travail de la tête. »

On lui montre un dessin avec une légende où il y a une plaisanterie sur le nombre 13; il comprend parfaitement. Il reconstitue des phrases où il manque des mots, sans difficultés, sauf celles provenant de ce qu'il oublie au fur et à mesure ce qu'il vient de lire. On lui remontre l'image, il ne la reconnaît pas et ne paraît pas cette fois bien comprendre que c'est une plaisanterie.

20 octobre. — Ne sait toujours pas pourquoi il est ici; mais il dit s'apercevoir qu'il a perdu la mémoire, il pense qu'elle reviendra : « Oh! oui, il ne faut pas désespérer! » (Il rit.) « Si elle revient aussi vite qu'elle est partie, ce sera très bien. » Il dit que son père à 70 ans, puis un instant après, que lui a 61 ans. Il finit par dire l'année où nous sommes. On lui fait remarquer que son père doit avoir au moins 20 ans de plus que lui; il dit alors que son père doit avoir 86 ans.

Il donne des détails qui paraissent précis sur sa vie militaire, sur la campagne de 1870, sur ce qu'il a fait après.

On le fait reposer quelques minutes. Puis on lui demande à quoi il pense; il répond : « Je pense à des choses volantes et je ne reste pas suffisamment dessus; je pensais pourquoi mon père m'avait quitté brusquement tout à l'heure et je ne pouvais pas tout à l'heure répondre à la personne qui me le demandait. »

Nouveau repos. — Puis même question. Il répond qu'il pensait à son frère, qu'il était là tantôt, mais que c'est peut-être un travail de tête. — Il pense encore ce matin être allé du côté de Charenton.

26 octobre. — Mêmes résultats. Récite correctement les mois dans leur suite et à rebours. Ne reconnaît pas le cabinet du médecin ni celui-ci. Quand on insiste, il répond : « C'est drôle, c'est plutôt à la voix qu'à la physionomie que je vous reconnaîtrais. » Il affirme que son père est venu le voir hier : celui-ci a 75 ou 76 ans.

Manière dont le malade se comporte dans le service. — Il fait sa toilette seul,

mais il faut lui indiquer chaque jour le lavabo. S'habille seul proprement et soigneusement. Se comporte normalement à table, mange seul et proprement, mais ne sait jamais si c'est l'heure du repas ou non (confond le matin et le soir); il se couche normalement, mais ne reconnaît pas souvent son lit et jamais sa salle. Vit en bon voisinage avec ses voisins, reconnaît qu'ils ont l'intelligence troublée. Il est très poli avec le personnel, mais il a appelé son infirmier M.M... au commencement et maintenant il le prend pour un M. C... Reconnaît et nomme comme de vieilles connaisances toutes les personnes qu'on lui désigne. Les visites des autres malades le laissent indifférent; il accueille sa sœur avec plaisir et lui demande des nouvelles de leur père et mère. Aucune occupation. Se promène dans la cour sans savoir où il est. Lie conversation de préférence avec V..., ancien mélancolique anxieux en convalescence, de bonne tenue et d'intelligence normale, auquel il raconte qu'il vient d'arriver de voyage. Il se fouille régulièrement chaque matin et croit avoir perdu son porte-monnaie. Il ne se rend en aucune façon compte de l'établissement où il est. Il a parfois l'air perplexe ou égaré, ordinairement insouciant.

17 novembre. — Même état mental. L'état somatique est le suivant : Réflexes rotuliens, achilléens abolis, plantaires en flexion, crémastérien et abdominal conservés. Pas d'atrophie musculaire, pas de troubles trophiques de la peau, des poils ou des ongles. Pas de rétractions tendineuses.

Sensibilité normale, sauf aux membres inférieurs où on note une hypoesthésie nette à forme de bande remontant sur la face externe des deux jambes sans atteindre le pied et sans dépasser le genou. Pas de douleurs à la pression des masses musculaires.

Pupilles normales, réagissant bien. Pas d'arc sénile.

Cœur : Deuxième bruit claqué à la base. Pas de souffle, pas de bruit de galop. Artères non dures. Pression artérielle 17 à 18 au sphygmomanomètre Potain.

En somme, c'est le syndrome de Korsakoff avec névrite chez un alcoolique chronique à peine dément, avec ce mélange d'optimisme et d'indifférence qui accompagne ce syndrome.

Reliquat de délire de rêve. — L'observation suivante (1) concerne un malade présenté à la Société de psychiatrie et sur lequel mon collaborateur et moi avions hésité à retrouver des traces d'une psychose de Korsakoff. En y réfléchissant depuis, je crois qu'il s'agit d'un reliquat de délire de rêve alcoolique, celui-ci ayant eu une durée assez peu ordinaire, peut-être à cause de complications.

Bo..., ancien sellier, 64 ans, entré à Bicêtre le 5 août 1908.

Bo..., d'après sa femme, a toujours été un brave homme, dépensant sans trop compter, mais avec sa famille et surtout ses enfants (il en a sept, tous bien portants), l'argent qu'il gagnait facilement comme carrossier marchandeur. Il y a dix ans, il s'est établi marchand de vins. Déjà, auparavant, il man-

(1) Obs. communiquée par MM. Chaslin et Collin sous ce titre : « Idées fixes » de grandeur, suite de délire de rêve tendant à la systématisation. — Soc. de Psych. de Paris, séance du 18 mars 1909. *Encéphale* N° 4. avril 1909.

geait beaucoup et buvait de même. Etabli, il se mit à prendre souvent de l'absinthe; il avait toujours sur lui une bouteille de rhum contre « la faiblesse ». Il paraît en effet que depuis longtemps il se plaignait de différents malaises et aurait eu des coliques hépatiques (?). Depuis cinq ans qu'il a quitté le métier de marchand de vins, il boirait..... moins. Sa femme n'a jamais rien remarqué d'anormal chez lui et elle n'a pas noté qu'il perdît la mémoire. Mais, quelque temps avant sa maladie, son caractère s'était aigri et il supportait mal des ennuis survenus dans sa famille. En mars 1907, une de ses filles s'étant mariée, il y eut entre le père et la fille des discussions d'intérêt et finalement une scène violente en juin. Quelque temps après, B... tombait malade.

Les renseignements sur cette période aiguë ne sont pas des plus précis. Ce que nous avons pu savoir par sa femme, c'est que B... était très agité, surtout la nuit; le jour, il restait couché et ne voulait pas se lever ni sortir. Il était très exigeant, très colère, et même il a voulu étrangler sa femme plusieurs fois et se pendre deux fois. Il aurait eu la nuit des visions de bêtes, de rats qui couraient, d'hommes cachés derrière la glace, derrière les rideaux; il se levait pour leur échapper et criait à l'assassin. Il aurait raconté une fois qu'il avait dû avoir une pendule dans le ventre et que cette pendule lui avait été enlevée chirurgicalement. D'autres fois, il accusait sa femme de le tromper avec son fils et de mener ses filles dans une maison de tolérance, d'aller coucher avec trois hommes sous les yeux de sa fille Titine. Il a accusé aussi son médecin de l'avoir assassiné, parce que celui-ci lui a mis le doigt dans le rectum pour extraire des matières fécales. Enfin, surtout un peu avant son entrée, il se croit millionnaire, roi d'Espagne, Edouard VII, etc. Il paraît qu'on a dû lui faire de fréquentes piqûres de morphine. Il aurait eu de l'albumine et aussi du sucre dans les urines.

Finalement, sa femme qui vient de le garder treize mois ainsi, se décide à le placer à Sainte-Anne où il entre le 25 juillet, et à Bicêtre le 5 août 1908.

Août et septembre 1908. — Le malade reste couché, il gâte; il donne l'impression d'un homme atteint de néoplasme intestinal, car il a une diarrhée rebelle à toute médication, il a mauvaise mine. Poids, 84 kilogrammes. Albumine en petite quantité dans l'urine, pas de sucre. — Il dit qu'il a les nerfs noués dans l'estomac, que son œil gauche remue constamment (faux), et que cela lui est très désagréable. Il sait qu'il est à Bicêtre où il est venu pour soigner son estomac; il est parfaitement orienté, mais il a des idées de grandeur; il prétend que ses filles doivent épouser les fils d'un ministre très riche. Il a 400 000 francs à la Caisse d'épargne qui vont être doublés d'ici peu.

Octobre. — Diarrhée et constipation par intermittence; l'albumine a disparu, il y a amélioration physique. Les préoccupations de santé sont moindres. Lorsque sa femme venait le voir, il lui faisait depuis son entrée des reproches qui semblaient le reliquat des idées de jalousie du début. Ces idées se sont effacées peu à peu. On fait préciser au malade ses idées de grandeur. Il raconte ceci : un jour qu'il ne peut indiquer, pendant sa maladie, un individu masqué est venu chez lui, a entr'ouvert la porte, en passant une sébille pleine d'or et de billets de banque, et lui annonce qu'il est nommé roi du Canada. — Un jour aussi, une dame, qui est la duchesse de Broglie, est venue chez lui et a dit que les demoiselles B... allaient épouser les princes de Broglie. Ses filles sont cou-

turières, aussi la duchesse achètera un fonds de commerce pour que les nouvelles mariées puissent continuer à travailler.

Novembre, décembre 1908. — Continuation de l'amélioration physique. Vagues préoccupations sur sa santé. Le malade est toujours parfaitement orienté et n'a pas d'affaiblissement intellectuel marqué. Il conserve les mêmes idées sous la même forme. Il ajoute pourtant que lorsqu'il sera le chef de la succursale du Canada, 28, rue Laugier, ou empereur (c'est une variante qui date du 16 octobre), il portera un chapeau haut de forme, une redingote et un patalon blanc.

6 janvier 1909. — Etat physique excellent. Engraissement notable. Le malade est satisfait d'être ici en attendant sa place d'empereur. Aucun signe de déficit intellectuel marqué. Mémoire bien conservée. Il donne des détails nouveaux sur la façon dont il a été nommé empereur. Bien que malade, il a été mené en voiture par sa femme chez l'empereur sortant du Canada, qui habitait une maison superbe avec trois marches à monter, rue Laugier. On le fait entrer dans une chapelle pleine de fleurs blanches. L'empereur, assis, était habillé comme une espèce de curé, il y avait un suisse chamaré d'or. « Il m'a fait un signe de tête et m'a mis sur la tête une espèce de couronne qu'il y a laissée deux minutes, » puis B.... est retourné chez lui. Tout le monde, même ses enfants, ignoraient ce qui venait de se passer.

Interrogé sur l'homme à la sébille, il dit que c'est avant ou après sa nomination qu'il a été mené dans une maison comme une banque. Là, un individu a passé par un tout petit guichet une espèce de cuiller à pot pleine de pièces d'or et de billets de banque, sans dire un mot. B..., n'a pas touché à l'argent. On voit que maintenant l'histoire de l'homme à la sébille et sa nomination sont séparées au lieu d'être unies comme au début.

Quand au mariage de ses filles, il y a une variante. C'est sa femme qui lui a dit (il ne sait plus quand) que le prince de Broglie avait fait la demande.

D. — En êtes vous surpris ?

R. — Bien sûr! Un fils de famille royale épouser une fille d'ouvriers!

D. — Vos filles sont-elles riches?

R. — Elles n'ont rien. Je ne peux m'expliquer cela. Dimanche, elles m'en ont encore parlé. Ma fille a reçu une lettre. On attend que je sorte pour faire le mariage.

D. — Avez-vous de l'argent déposé dans une banque?

R. — On me l'a dit.

D. — Qui?

R. — Ma femme.

D. — D'ou vient-il?

R. — Je n'en sais rien. Comment voulez-vous que je le sache, depuis six mois que je suis ici. Ma femme n'a pas pu le toucher.

D. — Et votre fils va-t-il faire un beau mariage ?

R. — Oui, une blonde, la fille de M. de Broglie.

Il a aperçu sa belle-fille chez lui, amenée par sa mère, venues en chapeau et avec une voiture et de beaux chevaux. (C'est la première fois qu'il parle du mariage de son fils.)

Quand on insiste sur l'étrangeté de la chose, il répond qu'il ne peut s'expliquer lui-même comment un simple ouvrier peut marier ses filles aussi riche-

ment et être appelé à régner sur le Canada. « Je n'y comprends rien moi-même. »

Depuis quelque temps, il paraît réticent; il ne tient pas à parler de tout cela. Ce n'est que quand on le pousse qu'il se livre de nouveau. Ainsi, le 2 février 1909, on lui dit :

D. — Et Votre Majesté ?

R. — Je ne m'occupe pas de cela pour le moment. Je ne m'en occuperai que quand je serai sorti d'ici. Je ne sais même pas si j'y entrerai.

D. — Pourquoi ?

R. — Voilà sept mois que je suis ici. Je ne sais pas si cette place est toujours là. Je n'y tiens pas tant que cela, je n'ai pas un caractère pour cela ; c'est trop grandiose pour moi.

D. — Ne croiriez-vous pas avoir rêvé toute cette histoire ?

R. — Jamais je ne rêve.

Le 6, on insiste de nouveau pour savoir si sa croyance n'est pas ébranlée. Il est étonné, dit-il, mais ne peut qu'y croire : sa femme le lui a dit.

Son état général est excellent; il a engraissé; il s'occupe au ménage dans le service; il est très satisfait d'être ici; il attend sa sortie pour mars afin de marier ses filles.

Le 12 mars, on l'examine de nouveau complètement. État florissant. Poids : 99 kilogrammes; un début de cataracte à l'œil gauche, un peu d'emphysème avec une double lésion aortique et une pression à 22. De temps en temps, sensations anormales dues vraisemblablement à la lésion aortique. Pas de signes de lésions nerveuses ; réflexes rotuliens un peu forts. Marche normale, un peu comme un vieux.

Grande satisfaction. Indifférence à se trouver au milieu de malades dont il apprécie vaguement l'état. « Je suis ici, dit-il, parce que mon médecin m'a dit qu'il fallait que je vienne pour me soigner. » Mémoire bonne.

Quant aux récits des mariages et de sa nomination comme empereur, ils restent tels que, sauf une addition : « Le suisse est aussi cocher et concierge : il est logé, chauffé, éclairé, il a 200 francs par mois ; sa femme a 100 francs : c'est elle qui met les fleurs à la Sainte Vierge et elle gagne encore un peu dessus. » Il ajoute : « Ma femme m'a dit : si tu n'entres pas à cette succursale, tu entreras dans une autre, mais celle de la rue Laugier est la première ; mais c'est il y a longtemps, nous ne parlons plus jamais de cela. »

Lui est chargé de représenter à titre décoratif ; il siégera sur le trône avec la couronne et une robe blanche ; on défilera devant lui. « Je serai une sorte de Dieu », dit-il, et la foule s'agenouillera dans le vestibule. Il n'aura pas un mot à dire. Il aura un bel appartement avec des tableaux hors ligne, où il rentrera après la cérémonie, etc. Il se rappelle qu'une bohémienne lui a prédit à l'âge de dix ans, qu'après de nombreuses traverses, il serait heureux. Enfin, il penche à croire que si on l'a choisi, c'est peut-être sur la recommandation de la duchesse et aussi parce qu'il a eu une conduite irréprochable, ainsi que son fils, enfin à cause de sa ressemblance parfaite avec celui qui était sur le trône. Ces derniers détails ont déjà été racontés (pour la première fois) au surveillant M. Colon, vers le 18 février; il faut ajouter que le mot de Canada ne représente rien de net dans son esprit.

Deux mois environ après ce dernier entretien, on s'est aperçu que B...

était conplètement guéri. Une légère satisfaction a persisté seule avec souvenir des idées extravagantes à peu près conservé.

C'est un exemple de reliquat de délire de rêve qui aurait pu se présenter *aussi bien après un délire infectieux ou une confusion mentale ou une intoxication autre que l'alcool.* Mais habituellement le reliquat perd de sa « largeur » au fur et à mesure qu'il marche vers la disparition. Ici, et c'est ce qui fait l'intérêt particulier de l'observation, c'est l'inverse, puisque le malade a continué à développer et à enrichir le thème primitif du reliquat.

Confusion alcoolique compliquée de pachyméningite. — Voici maintenant un cas d'alcoolisme chronique avec confusion qui s'est compliqué d'hémorrhagie méningée.

Hol... scieur à la mécanique, 45 ans. Entré à Bicêtre le 14 mars 1907. sorti le 27 février 1908.

Antécédents (renseignements fournis par la femme). Pas de renseignements sur les antécédents héréditaires et peu sur les personnels. Elle sait seulement que le malade sciait à la mécanique, prenait trois ou quatre absinthes par jour et dans ces derniers temps du vin blanc en grande quantité. Il aurait eu autrefois des crises convulsives (?) Le ménage a onze enfants dont dix vivants. Un est mort par accident. Le dernier a trois ans et ne parle pas encore.

15 mars 1907. — Aspect vieilli avant l'âge, air atone et égaré : paraît ne pas savoir où il peut bien se trouver.

D. — Où êtes-vous ici?
R. — Je ne sais.
D. — Comment vous appelez-vous?
R. — M. Hol...
D. — Et votre prénom?
R. — Çà commence à être drôle, je ne me souviens plus.
D. — En quelle année sommes-nous?
R. — . . . . . C'est moi qui me trompe toujours.
D. — Où habitez-vous?
R. — Ah! je ne me souviens pas.
D. — Vous êtes bien portant?
R. — Oh! oui!
D. — Êtes-vous marié?
R. — Ah! oui!
D. — Avez-vous mis de l'argent de côté?
R. — Pensez-vous, je n'ai rien mis de côté.
D. — Depuis combien de temps êtes-vous ici?
R. — Depuis quinze jours.
D. — Quelle date sommes-nous?
R. — Le 8.
D. — De quel mois?
R. — D'août.

D. — De quelle année ?

R. — Je ne me souviens pas.

Le malade est complètement désorienté pour le temps et l'espace; beaucoup de lacunes dans la mémoire des faits qui le touchent de près. Propos incohérents. Indifférence.

Aucun signe physique de paralysie générale. Pas de lymphocytose. Bronchite chronique légère. Régime lacté.

20 mai. — Faiblesse des membres inférieurs. Les jambes fléchissent et le malade bute et trébuche sur les pavés de la cour. Marche titubante. Repos au lit. Même état mental.

21 mai. — État physique amélioré un peu.

23 mai. — Oppression plus grande due à la bronchite chronique. Pas de température.

24 mai.— Le malade est dans un demi-coma. Ne répond pas aux questions. Température 38°. Ventouses sèches des deux côtés.

25 mai. — Aggravation. Raideur de la colonne vertébrale. Face légèrement congestionnée, ainsi que les yeux. Très grande inégalité pupillaire: mydriase à droite.

26 mai. — Demi-coma. Réagit à la douleur, mais ne répond pas. Asymétrie faciale exagérée au moment des grimaces: ptôsis gauche, affaissement de l'aile du nez et déviation de la bouche du côté droit. Pupilles égales réagissant à la lumière.

Réflexes tendineux diminués; cutanés exagérés : pas de Babinski, pas de trépidation épileptoïde. Tremblement convulsif de la main droite. Ponction lombaire, rien d'anormal à l'émission; le résultat de l'examen microscopique a été égaré.

Ces accidents se dissipent graduellement.

28 août. — Le malade est orienté et a retrouvé en partie la mémoire. Il nie boire de l'alcool et avoue le vin. Voudrait sortir. Pourtant il se plaint de troubles de la vue, depuis qu'il s'est retrouvé.

Examen des yeux par M. Coutela. Légère décoloration du segment temporal des deux pupilles; diplopie due à la parésie d'un muscle du globe oculaire gauche, difficile à déterminer à cause des réponses contradictoires du malade.

30 septembre. — Réclame sa sortie avec insistance. Il s'explique assez bien: il a la mémoire des faits, sauf pour les noms propres. Ainsi il dit avoir déménagé peu de temps avant son internement et être allé du quai de la Loire à la Villette à « un endroit près de Paris. » Il finit après des hésitations par dire que c'est Gargan. Il ne trouve le nom de la rue qu'après une longue recherche.

27 février 1908. — Considéré comme guéri. Exeat.

Folie systématisée chronique alcoolique. — On a décrit aussi, comme je l'ai dit, une *paranoïa* alcoolique chronique ou folie systématisée alcoolique chronique. L'existence à part de ce type est contestée, mais paraît certaine. Le cas de Hal... (p. 303) n'en est-il pas un exemple? Du moins il y a là une durée prolongée. Cela paraît être surtout une paranoïa assez limitée et sans dévelop-

pement systématique du délire aussi marqué que dans les vraies folies primitives. C'est le délire de persécution alcoolique passé à l'état chronique définitif. On en verra un exemple au chapitre des Folies systématisées. Mais il est difficile souvent d'être certain de l'étiologie, comme on le verra à l'exemple auquel je renvoie, car il faudrait être sûr que ce délire a bien pris naissance sous une forme alcoolique.

Hybrides d'alcoolisme et d'un autre type clinique.

Je vais donner deux observations que je considère comme des *hybrides*, c'est-à-dire comme de l'alcoolisme dont l'aspect a été modifié. Ces hybrides sont très fréquents et très importants à connaître. La première concerne un vagabond instable, déséquilibré, qui mène une vie d'expédients peu recommandable et abuse de l'alcool quand il peut. Il y a là une sorte d'hybride d'alcoolisme aigu sur un vieux fond d'alcoolisme chronique, de misère physiologique et de déséquilibre. La seconde concerne aussi un vagabond qualifié dans un rapport médical de débile et d'alcoolique chronique. Ces tares, l'une congénitale, l'autre acquise, ont abouti à un délire incohérent de persécution et de grandeur à forme assez partielle et qui paraît chronique. Ces deux malades ont cette *humeur « rigolo »*, ironique et satisfaite à la fois, qui caractérise le vieil alcoolique dans bien des cas, surtout l'alcoolique vagabond, vieux philosophe humoristique de la prison, de l'asile et de la grande route (Galgenhumor des Allemands).

Agitation légère. — Excitation et incohérence intenses. — Alcoolisme. — Déséquilibre mental. — Sab..., 43 ans, plongeur, entré à Bicêtre en juillet 1906, sorti le 2 septembre 1906.

Aucun renseignement, sauf ceux donnés par le malade lui-même à la fin de son séjour.

15 juillet. — Tenue à peu près correcte; aspect du miséreux professionnel (1); sénilité prématurée : mimique expressive, jovialité. Désorientation complète dans le temps et l'espace. Incohérence. Mots sans suite. Verbiage incessant. Agitation légère. Il met des cailloux sur sa casquette et les arrange symétriquement comme des pions en disant : « Lyon, Paris, gibier, soupe à l'oseille, fromage, bretelle, haricot; ça biche. » Ton déclamatoire en déplaçant les cailloux : « Rigo, Riguette, Rigetto, Rigoliero, Pruscif, Prusco, Viraguette, ma sœur. J'ai ma ceinture, le livre et le bouclier. J'attaque Lyon et je reprends Marseille (en déplaçant deux cailloux). J'arrose la vallée d'Usse (crache sur sa main). »

Cet état dure quelques jours sans changement; puis disparition graduelle.

(1) D'après les renseignements de la préfecture, il a été inculpé de grivèlerie.

10 août. — D. — Voyons, vous souvenez-vous?

R. — Oui, j'ai voyagé sans billet de Valence à Paris alors que je voulais aller de Valence à Avignon.

D. — Que vous est-il arrivé alors?

R. — On m'a amené chez le commissaire de police et de là au dépôt où un médecin me disait que je simulais la folie. J'ai même été arrêté deux autres fois, mais je ne me souviens pas très bien. Voici à peu près les faits : Le 20 mai, je passe au dépôt. M. Legras me voit plusieurs fois. Un jour aux Halles, j'ai cassé un carreau. Quand on m'a interrogé, j'ai dit que j'avais faim. On m'a conduit au Dépôt et de là à la Santé. On m'a relâché. Un jour, en vendant des journaux, j'ai été arrêté par les gendarmes non loin de Versailles. J'ai été mis en liberté au bout de cinq à six heures. Une autre fois, j'ai été arrêté par des agents et de là je me souviens avoir été à Sainte-Anne d'où on m'a envoyé ici..... Je ne me souviens pas très bien de ce que j'ai fait ici; mais je me souviens d'avoir dit des bêtises.

D. — Buviez-vous beaucoup ces temps derniers?

R. — Je buvais un peu, trois ou quatre absinthes par jour.

D. — C'est la première fois que vous entrez dans un asile ?

R. — Non; je suis déjà entré à Bron en 1891 ou 1892.

D. — Quel âge avez-vous maintenant?

R. — 43 ans.

D. — Quel métier?

R. — Confiturier.

D. — Voulez-vous travailler un peu ici?

R. — J'ai déjà travaillé un peu. Comptez-vous me laisser sortir bientôt, j'ai un peu d'argent....

Sur ma demande, m'écrit très correctement et très lisiblement, sans tremblement, une sorte de lettre où il raconte avec peu de suite dans les idées une anecdote datant de son tirage au sort où il aurait joué un bon tour aux gendarmes.

31 août. — Prétend qu'il a eu la vérole en 1893. N'aurait eu que des plaques muqueuses et en 1889 ou 1900 des accidents du cuir chevelu. Se serait peu soigné. Une ponction lombaire pratiquée le 3 août avait donné des résultats négatifs. — Paraît tout à fait normal. Toujours cette humeur joviale et ironique d'un vieux philosophe alcoolique et vagabond. Exeat.

Délire de persécution et de grandeur incohérent. — *Déséquilibre mental.* — *Alcoolisme chronique.* — Char... Léon-François, journalier, entré à Bicêtre le 18 juillet 1907 à l'âge de 41 ans.

19 juillet. — D'après les certificats, il a été arrêté pour rebellion et ivresse. Un rapport médico-légal le déclare atteint d'alcoolisme ancien, de débilité mentale avec idées vagues de persécution et de grandeur. En dehors de cela, on n'a de renseignements sur lui que ceux qu'il veut bien donner. Il a déjà été interné plusieurs fois dans les asiles, condamné nombre de fois dans toute la France pour vagabondage, etc.

D. — A quelle époque êtes-vous sorti de Bicêtre?

R. — Le 5 février 1905.

D. — Combien de mois y êtes-vous resté?

R. — Quatre mois.

D. — Quelle est votre profession?

R. — Brasseur, mais je fais n'importe quoi.

D. — Combien de fois avez-vous été interné?

R. — Cette fois-ci, c'est la quatrième.

D. — Quelles sont les causes de vos internements?

R. — Le delirium tremens. J'ai eu une fracture de l'arcade « ortilière » du crâne (il montre la base du crâne) et depuis j'ai des troubles.

D. — Vous buvez?

R. — Je ne bois que de l'eau!

D. — Quelles sont les circonstances qui vous ont amené ici?

R. — Je suis tombé en catalepsie, puis amené au poste et au Dépôt. Ils prétendent que je les ai injuriés, mais c'est faux! Qu'ils tremblent! je suis Padisson, Rodolphe Faria, le maître de l'univers. Je suis Bonaparte, maître de la terre et des cieux! Tout va changer par le contact des choses indispensables et de ma naissance. La Trappe est à moi. Les moines m'ont traité de bon à rien, mais nous verrons..... Je suis brasseur d'or et d'argent. Je suis Faria et Padisson par ma naissance et vous m'appelez Ch...! Je suis enfant naturel du monde et je mets le tribunal de Mortagne sous la Trappe. Je suis Guillaume le Conquérant et je n'ai pas de chique! Donnez-moi une chique, S. V. P. Il me faut du tabac, moi, Faria, Padisson, Bâtard de Bazaine!

Il parle avec emphase et une mimique pathétique.

Il a un léger tremblement des mains.

Il demande à travailler.

Pendant les dix-huit mois qu'il est resté dans le service, il n'a pas changé. Il a été examiné à plusieurs reprises; il ne paraît pas affaibli intellectuellement quand on l'interroge et qu'il répond oralement; il demande sa sortie, donne des réponses sensées au début de la conversation. Tant qu'il n'a pas entamé le chapitre de ses idées de grandeur vagues, sa mémoire paraît intacte autant qu'on en peut juger; il écrit correctement, sans trop de fautes, mais avec un peu de tremblement, une lettre tout à fait raisonnable à sa mère pour lui demander différents objets et surtout de l'argent pour acheter à la cantine. Il fait quelques calculs exactement et facilement; il écrit correctement une phrase dictée; mais à une demande d'écriture spontanée, il écrit une phrase complétement incohérente: « Si j'étais roi dans mon empire j'aimerai beaucoup de la divinité de la lire que mon esclave soit devant Dieu et me dire de la liberté maître tu es pour moi le second enfant j'aime. »

Voici encore un extrait de son monologue (une fois lancé il est difficile de l'arrêter) : « Je ne suis pas l'homme qui méprise la vie, parce que la vie m'en impose; (avec véhémence et menace) je suis la mort ici-bas et quiconque doit me regarder en face doit mourir! J'ai gagné trois francs. J'ai été condamné en 1878 (avec gestes pathétiques); quand on prend un homme comme moi qu'on a f..... six ans au bagne comme un serpent dans la fange, vous m'avez astreint à l'état mental du delirium tremens..... Qu'est-ce que Napoléon? C'est un homme qui a été assassiné par une hiérarchie comme vous..... Je suis Pope Edison patron de la ville de Paris et cette voiture est à moi (montrant la voiture du médecin) et je vous défends de monter dedans, n'est-ce pas? Vous êtes les..... qui faites la prostitution et je vous ai vus déguisés en gonzesses à Versailles..... Voyez cette voiture, j'ai douze cents voi-

tures comme cela à Paris..... Je m'appelle de Rio Celli, c'est un homme qui sous votre empire, n'a pas droit à la parole. »

Un autre jour il dit : « J'ai une pleurésie depuis que je suis au monde. »

D. — C'est un médecin qui vous a dit cela?

R. — Non, je le sais. Un médecin, à l'heure actuelle, c'est un anthropophage d'hallucinations gastriques, un médecin, c'est la vérole.

18 janvier 1909. — Transféré en province.

L'alcoolique Gard..., que j'ai cité plusieurs fois, me paraît être un de ces hybrides où le délire de rêve très court à fait place à un état d'excitation avec incohérence qui simulait par un certain côté la manie (Voyez aux p. 20, 66, 77).

Les observations précédentes ont eu pour but de bien montrer au lecteur *quelques* types d'alcooliques. A l'aide de ces observations et de celles données à la sémiologie, il aura pu comprendre comment, par le groupement des symptômes et syndromes, dans lesquels est incluse l'évolution, qui est bien un signe important, quoique abstrait, et par la considération de l'étiologie, le clinicien arrive à constituer des types cliniques relativement distincts. Il en sera de même pour les autres qui ne ressortissent pas à l'alcoolisme. Le lecteur sera à même maintenant d'utiliser le résumé des types cliniques alcooliques que je vais donner, description schématique d'ensemble, qui en sera une définition détaillée pour ainsi dire.

Exposé général.

Les troubles mentaux dits alcooliques sont causés par l'usage immodéré, passager ou habituel, de vin, de l'alcool sous toutes les formes, absinthe, liqueurs et apéritifs.

Intoxication passagère. Ivresse. — Ivresse ordinaire. — De courte durée : quelques heures. Chacun fait son ivresse à sa façon, gaie ou triste, mais il y a toujours peu ou prou de la confusion mentale.

Diagnostic : flairer l'ivrogne qui sent le liquide qu'il a absorbé.

Ivresse anormale. — Certains névropathes deviennent ivres avec des doses infimes d'alcool ou de vin; ils sont dits alcoolisables. Ce sont eux surtout qui ont des ivresses anormales.

Ivresse comateuse. — L'ivrogne tombe rapidement dans le coma : il est ivre-mort. Quelquefois la terminaison est fatale chez des sujets tarés et qui ont absorbé des doses trop considérables.

Ivresse avec impulsions. — Surtout provoquée par l'absinthe. Confusion. Délire de rêve. Impulsions violentes, très dangegereuses; meurtres, etc. Généralement terminée par un sommeil profond; perte du souvenir de l'accès.

Diagnostic. — Avec l'accès épileptique psychique. Très difficile parfois sans renseignements.

Ivresse convulsive. — Surtout absinthique. On a le tableau d'un état d'ivresse plus ou moins normale avec des accès d'épilepsie.

Diagnostic. — Avec l'épilepsie chronique; parfois très difficile en l'absence de renseignements, car l'accès de l'épilepsie chronique est déclanché par le moindre excès d'alcool, parfois un seul verre de vin, comme je l'ai vu à Bicêtre. Il convient d'être prudent dans le pronostic.

Ivresse délirante. — Rare. Elle revêt les caractères des délires de persécution, de grandeur, etc., L'évolution ultra-rapide permet le diagnostic, qui n'est que probable, le délire épileptique pouvant ressembler à cette ivresse.

Alcoolisme chronique. — Il n'apparaît guère qu'à l'âge mûr, car il faut une « imbibition » relativement longue, bien que variable suivant la résistance cérébrale de l'individu. Certains même deviennent cirrhotiques au lieu d'être déments : chacun fait de l'alcoolisme à sa façon.

On admet que plus d'un litre de vin par jour est dangereux, surtout pour un homme sédentaire.

Cet alcoolisme entretenu par l'abus continuel du poison se manifeste par deux ordres de symptômes :

1° *L'alcoolisme chronique proprement dit* évoluant vers la démence.

2° *Les paroxysmes ou délires, ou autres accidents* « *brodés* » *sur ce fond.*

1° Alcoolisme chronique. Démence alcoolique. — Signes mentaux. — Affaiblissement de l'esprit, commençant ordinairement par les sentiments les plus élevés et la volonté. Le malade (1) trop souvent ne s'occupe plus à un moment donné que de boire; il néglige sa famille, ses affaires, fait des dettes, brutalise sa famille ou même vole pour pouvoir boire; il passe son temps au cabaret ou au café et augmente constamment la quantité d'alcool ingéré.

(1) Je décris l'alcoolisme chez l'homme où il est le plus fréquent. Mais la femme n'est malheureusement pas exempte de cette déchéance individuelle et sociale.

Il devient un « fou moral ». Au début il est encore accessible au repentir et aux reproches; il arrête parfois ses excès, mais c'est pour y retomber bientôt : qui a bu boira. Il devient indifférent à son travail, négligent, inexact pour les choses importantes, mais par contre il devient en même temps irritable et impulsif : colères, querelles, violences, fugues, meurtres, suicide. C'est sa famille qui souffre de tout cela et tombe souvent dans la misère.

Aux signes précédents se joint bientôt l'affaiblissement intellectuel, affaiblissement de la mémoire, perte des souvenirs anciens, diminution du pouvoir d'acquisition de la mémoire; diminution de la perspicacité, du jugement, d'où diminution de la qualité du travail intellectuel et manuel. Très souvent c'est aux autres que l'alcoolique fait des reproches, quand c'est lui qui est le coupable; il est jaloux de sa femme par exemple; c'est la conséquence de la diminution du jugement.

Signes physiques. — *Aspect spécial* du buveur d'habitude.

Sommeil : le sommeil est mauvais; il y a des *rêves* à forme de cauchemars, professionnels, d'incendie, de mort, de poursuite, d'animaux, rats, serpents, chiens, lions, etc.

Tremblement de la langue et des mains : le malade « joue du piano » et souvent il bredouille.

Signes de névrites périphériques plus ou moins latentes : faiblesse musculaire, diminution de la sensibilité cutanée, ou quelquefois hyperesthésie; sensations d'engourdissement, de fourmillements ; douleurs à la pression des muscles, surtout aux jambes, crampes, douleurs sourdes, parfois douleurs fulgurantes. Quand les névrites sont tout à fait accusées, signes spéciaux de paralysie, aux jambes surtout : steppage, etc.

Réflexes tendineux exagérés quelquefois, plus souvent diminués ou abolis; réflexes cutanés plutôt exagérés.

Pupilles : paresseuses à la lumière; parfois rétrécissement.

Vision diminuée : névrite optique.

L'impuissance s'installe peu à peu.

Troubles gastriques et hépatiques : perte de l'appétit, gaz, pituites matinales, constipation ; foie gros ou petit; ictère.

Artério-sclérose fréquente ; albuminurie (surtout au moment du delirium tremens).

Le plus souvent viennent se joindre à l'affaiblissement des idées délirantes désagréables puisées ordinairement dans les rêves, parfois des idées de grandeur, et qui finissent par s'épanouir dans un deli-

rium tremens ou quelque autre délire. Plus rarement on rencontre le syndrome de Korsakoff avec névrites.

Évolution lente, mais fatale. Elle ne s'arrête que si l'alcool est supprimé.

Complications. — A un moment donné, la démence alcoolique peut se compliquer de démence artérielle, par les lésions d'athérome que l'alcool produit, de lésions méningées, etc. L'épilepsie, qui ne disparaît qu'avec la cessation des abus d'alcool, et quelquefois persiste, est plus rare. La tuberculose est fréquente, etc.

Diagnostic. — Avec toutes les démences (Voyez à Démence, mais surtout avec la paralysie générale : *l'alcool complique et simule la P. G.* (voyez à P.G.)

2° Épisodes délirants et autres. — A. — Délire hallucinatoire ou delirium tremens. — *Causes occasionnelles.* — Excès surajoutés d'alcool, suspension brusque de l'alcool, infections (grippe, pneumonie, etc.), parfois rien d'appréciable.

Aspect hallucinatoire. — Souvent le visage est couvert de sueur.

Signes mentaux. — Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve (Lasègue). Le délire n'est que l'exagération du cauchemar habituel de l'alcoolique. Peu à peu, en deux ou trois jours, le rêve s'étend, de nocturne, devient diurne et remplit tout l'esprit du malade. C'est le délire de rêve dans toute son ampleur, avec hallucinations visuelles prédominantes, professionnelles, ou d'animaux variés, ou d'individus dangereux, en mouvement, toujours accompagnés d'anxiété, de peur ou de terreur. Les hallucinations des autres sens, sensibilité générale, odorat, goût, ouïe, complètent les drames professionnels, désagréables ou effrayants où se débat le malade : coups de couteau, morsures, odeurs de pourriture, de mort, goût de poisons, injures, menaces, coups de feu, etc., etc. Les hallucinations de l'ouïe sont très brèves.

Le malade réagit à ces hallucinations par les paroles et les actes ; il est acteur dans les drames qui se succèdent. Il s'adapte aux situations changeantes, et manifeste ses émotions et ses sentiments par la fuite, la défense, la violence, le meurtre ou le suicide.

On peut provoquer les hallucinations par la suggestion. On peut, par une interpellation brusque et surtout autorisée (Lasègue), faire sortir le malade de son rêve et obtenir des réponses parfaitement normales. — Il n'y a pas de confusion sous-jacente très marquée, sauf dans les cas graves. La désorientation dans le temps et le monde extérieur tient tant au contenu du rêve lui-même qu'à

l'absence d'attention extérieure. La mémoire du passé est conservée ; le malade n'a rien oublié de ce qui le concerne (orientation auto-psychique de Wernicke) à moins qu'il n'y ait confusion.

Signes physiques. — Tremblement qui peut se généraliser à tout le corps.

Réflexes tendineux et cutanés exagérés ou l'inverse.

Hyperesthésie ou l'inverse.

Fièvre pouvant monter jusqu'à 40°.

Pouls rapide (surveiller le pouls pour le diagnostic.)

État saburral. Souvent ictère léger (1).

Albuminurie fréquente.

Formes. — Forme dite subaigüe : délire de rêve seul.

Forme plus grave aiguë ou suraiguë avec confusion.

Évolution. — Après quatre jours en règle générale, exceptionnellement quelques heures ou quelques semaines et même plus, le délire cesse le jour pour continuer la nuit, puis cesse tout à fait. Il y a guérison, quelquefois après une crise de sommeil prolongé.

La mort survient soit avec hyperthermie et grande agitation, incohérence extrême (forme de « délire aigu »), soit par épuisement avec peu ou pas de fièvre ou hypothermie.

Complications. — Accès épileptiques (quelquefois mortels). Pneumonie, surtout du sommet, et grave.

Suites. — Parfois hallucinations ou idées délirantes isolées qui finissent par disparaître. Perte du souvenir de l'accès plus ou moins marquée.

Diagnostic. — Avec tous les délires de rêve : rechercher les hallucinations d'animaux, professionnelles, la peur, le tremblement.

Traitement. — Internement. Alitement. Régime lacté. Bains tièdes prolongés ou froids (veiller au cœur). Chloral.

B. — Délire de persécution alcoolique. — L'irritabilité, les cauchemars, l'insomnie de l'alcoolique chronique augmentent, et il finit souvent par se développer une courte période de rêve prolongé où le malade puise ordinairement ses idées délirantes. Celui-ci est devenu un persécuté ; contrairement au delirium tremens les hallucinations de l'ouïe prédominent, les visuelles sont rares ou seulement nocturnes et les idées délirantes ont tendance à la systématisation : ce n'est plus un délire de rêve. L'aspect du malade diffère de celui du delirium tremens, car le malade est

(1) On peut se demander avec Klippel si des lésions hépatiques alcooliques ne seraient point la *cause* du delirium tremens.

totalement orienté, comme dans les folies systématiques. Mais il est déprimé, triste, souvent il a peur ou présente de l'angoisse, et il réagit contre ses persécuteurs par les plaintes, la fuite, le suicide, ou au contraire le meurtre. Quelquefois les hallucinations de l'ouïe sont très limitées, comme obsédantes, et l'idée de persécution également.

Formes. — Délire de persécution; pseudo-mélancolie avec crainte du futur; délire de jalousie (très caractéristique par les absurdités que débite le malade).

Évolution. — Guérison au bout de quelques semaines à quelques mois. Quelquefois passage à l'état chronique; c'est alors la folie systématisée alcoolique, la paranoia alcoolique chronique.

Diagnostic. — Avec les folies systématiques et la mélancolie: rechercher les hallucinations visuelles, la peur, les signes de l'alcoolisme chronique et l'albumine dans l'urine.

Traitement. — Internement; privation d'alcool; surveillance contre le suicide.

C. — Hallucinations persistantes. — Ce sont ordinairement des hallucinations auditives à la réalité desquelles croit le malade, mais qui n'entraînent pas un délire surajouté abstrait, sauf exception, et alors il y a délire systématisé secondaire. Elles peuvent durer très longtemps.

D. — Psychose polynévritique de Korsakoff. — Quelquefois début insidieux; plus souvent par le delirium tremens.

Elle est essentiellement caractérisée par le syndrome mental de Korsakoff, avec ou sans confusion ou délire de rêve, et par les *névrites* périphériques. Je rappelle encore que ce syndrome consiste en la réunion plus ou moins complète des signes suivants :

Perte des souvenirs (« amnésie rétrograde »);

Incapacité d'en acquérir de nouveaux (« amnésie antérograde », « amnésie continue », perte du pouvoir d'acquisition);

Pseudo-souvenirs;

Désorientation dans le temps et le monde extérieur.

Quand il n'y pas de confusion ni de démence marquée, ce qui me paraît être fréquent, il s'y joint une humeur à la fois indifférente et optimiste bien spéciale (1).

(1) J'ajouterai cette remarque que les trois malades que j'ai vus présentant ce syndrome et qui n'étaient pas des déments séniles, mais l'un alcoolique, l'autre syphilitique, et le dernier alcoolique et syphilitique, ces trois malades avaient autour de 60 ans. Et Bo... (voyez p. 310) avait 64 ans.

Évolution. -- Durée de plusieurs mois (plus d'un an même); terminaison par la guérison, la démence consécutive ou la mort par complication ou cachexie.

Traitement. — Internement; traitement de l'alcoolisme; rééducation à la convalescence.

E. — Hybrides de l'alcoolisme — J'ai vu fréquemment des cas que j'ai rangés sous cette rubrique et qui paraissent inclassables; il est difficile de faire le diagnostic sans se renseigner, à moins que des hallucinations visuelles spéciales ou d'autres signes de l'alcoolisme ne viennent mettre sur la voie.

Remarque générale sur l'alcoolisme chronique.

L'alcoolisme atteint toutes les classes, mais surtout les pauvres.

Chez les riches, les causes en sont multiples; chez les pauvres, surtout la contagion et le milieu économique.

Une des causes principales de l'attrait de l'alcool est le sentiment de bien-être qu'il suscite; le travail intellectuel est rendu plus facile, mais il est toujours de qualité inférieure. C'est comme avec tous les autres poisons de l'intelligence. Chaque fois que le malade boit, il se sent mieux, il a besoin de boire pour se remonter (état de besoin), et chaque verre qui le remonte précipite sa déchéance et augmente son envie et son besoin. Donc la guérison a pour principal obstacle la passion elle-même, comme pour toutes les intoxications volontaires.

L'alcoolisme est une des conditions prédisposantes les plus efficaces pour la tuberculose.

C'est le grand pourvoyeur des asiles et des prisons, car la descendance de l'alcoolique est aussi tarée. On s'en rendra compte au chapitre Arriération mentale.

L'alcoolisme est une maladie sociale.

2° Morphinisme.

C'est l'intoxication chronique par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine.

Je ne donnerai qu'une seule et très courte observation.

Morphinomanie. Opiophagie. — L..., âgé de quarante-deux ans, comptable, consultation de la Salpêtrière le 17 mai 1911 (1).

(1) Observation rédigée par M. Guédon, externe du service.

L..., vient consulter pour troubles nerveux occasionnés par la morphine et l'opium.

Pendant la guerre du Tonkin en 1889, il est blessé assez grièvement à la cuisse par une balle qui lèse le fémur. Les médecins militaires lui font des piqûres de morphine pour calmer la douleur.

A dater de ce moment, le malade se pique régulièrement chaque jour et finit par s'injecter 1 gr. 50 de morphine en seule fois. Cela dure dix-sept ans. Il tente alors une cure de démorphinisation qui reste incomplète. Depuis six ans, le malade a remplacé la morphine par l'opium ; il absorbe par jour vingt pilules d'opium à 0.05 centigr.

Aujourd'hui il se plaint de ne plus avoir d'idées, de ne plus pouvoir penser. Quand on lui demande pourquoi, il répond : « Ça ne vient plus, ma tête se vide. »

Il répond aux questions qu'on lui pose pendant une minute ou deux seulement ; il est dans l'impossibilité de raisonner plus longtemps, car il éprouve une grande fatigue et des maux de tête. Depuis onze mois il a dû cesser tout travail.

Après un instant de lecture devant moi, le malade s'arrête aux mots pour compter les lettres, puis il refuse de prolonger la lecture qui le fatigue trop. Il est en effet très congestionné. La mémoire est toujours conservée ; il peut encore compter et faire des additions très rapidement.

Depuis huit mois « le vide l'attire » ; il se demande s'il se ferait du mal en tombant. Depuis trois mois il songe à se jeter par la fenêtre et craint de faire un malheur.

Il ne voit plus les couleurs comme elles sont, il voit trouble et pas d'un seul coup ; il se demande par exemple si sa femme est là ou si elle n'y est pas. — S'il déplace un objet, il reste longtemps pour le remettre à la même place. — Il ressent des fourmillements dans les jambes. Il est devenu irascible et a battu sa femme.

Dès qu'il se couche, « ses yeux s'injectent de sang », puis avant de s'endormir des idées lui viennent d'un seul coup, « en hallucinations », comme ça s'est passé il y a vingt ou trente ans. Pendant son sommeil, il a des cauchemars, il croit tomber et se réveille.

Le malade prétend avoir eu des syncopes nombreuses il y a trois ou quatre mois.

Troubles digestifs accusés.

Dès qu'il gobe un œuf, il devient « violet », dit-il.

A l'inspection on constate, depuis la partie supérieure du sternum jusqu'aux genoux, les traces innombrables d'anciens abcès.

Inégalité pupillaire ; le malade se plaint de voir des mouches volantes.

Pas d'amaigrissement des membres inférieurs. Réflexes rotuliens faibles, achilléens normaux.

Pouls rapide, irrégulier, inégal.

Tremblements fibrillaires dans tous les membres. Grande émotivité.

Pas d'impuissance. Pas de troubles génitaux.

Pleurésie en août 1910.

On devient d'autant plus facilement morphinique que l'on peut plus facilement se procurer le poison : donc on rencontre cet

empoisonnement surtout chez les médecins, pharmaciens, etc. — Qui s'est piqué se piquera, d'autant plus facilement qu'on est davantage un névropathe, un déséquilibré.

Occasions. — Traitement d'une douleur physique. Soulagement moral. Curiosité.

Symptômes. — Ils doivent être étudiés suivant les périodes :

1[re] *période.* — *Satisfaction, bien-être* et excitation intellectuelle, encore plus marquée qu'avec l'alcool. Un médecin que j'ai connu autrefois et qui s'était piqué pour des lumbagos très violents me disait : « Après la piqûre, c'est délicieux. On revoit la vie en rose ! »

2[e] *période.* — *Commencement de l'habitude.* — Quelques malades courageux cessent.

3[e] *période.* — *Morphinomanie.* — Période d'état. L'habitude est prise, la privation entraîne des accidents (*état de besoin*). Les doses sont augmentées (on a cité jusqu'à 9 grammes).

A. Symptômes fondamentaux. — Affaiblissement de l'attention et de la mémoire; indifférence, travail intellectuel de qualité inférieure. Toutes les pensées du malade convergent vers la piqûre et il ne recule devant rien pour se procurer la morphine. Négligence de sa profession. État de « folie morale », etc.

Affaiblissement de la volonté.

Le malade sait qu'il marche à sa ruine, mais ne peut s'arrêter.

B. Symptômes épisodiques. — Moins fréquents que dans l'alcoolisme : hallucinations, idées délirantes, anxiété, frayeur, rarement délire de rêve.

C. Symptômes physiques. — Pâleur de la face. Dénutrition, amaigrissement. Fatigue. Abaissement de la température.

Affaiblissement du cœur. Œdèmes transitoires.

Affaiblissement musculaire.

Hyperesthésie ou anesthésie légère de la peau.

Diminution de l'acuité visuelle.

Myosis fréquent.

Diminution des réflexes rotuliens.

Sommeil mauvais. Rêves et cauchemars.

D. Symptômes de l'état d'abstinence ou de besoin. — Lorsque le moment de la piqûre est passé, changement à vue : le malade de satisfait devient inquiet, anxieux, irritable; les traits sont tirés, la pâleur augmente, le pouls s'accélère et devient petit; il y a des bâillements, une sueur froide, une fatigue géné-

rale; diarrhée fréquente; tendance à la syncope; l'angoisse et le malaise deviennent intolérables, si bien qu'il y a quelquefois suicide.

Quelquefois délire surajouté avec plus ou moins d'hallucinations simulant plus ou moins le délire alcoolique (voyez un exemple p. 133).

Le seul remède est l'injection de morphine.

4e *période*. — *Cachexie*. Augmentation de tous les symptômes. Augmentation des doses.

Démence.

Amaigrissement extrême.

Vomissements et diarrhée.

Insuffisance cardiaque.

Albumine.

Mort.

Complications. —Abcès, phlegmons (dus aux piqûres). Tuberculose.

Diagnostic. — Parfois difficile à cause de la dissimulation : rechercher les traces des piqûres; faire rechercher la morphine dans l'urine.

Hybrides toxiques. — Souvent le morphinomane ajoute un autre poison au premier : cocaïne, éther, alcool, d'autres encore.

Traitement. — Isolement dans une maison de santé. Sevrage rapide indispensable.

Surveiller le tube digestif et le cœur.

Reconstitution physique et morale (rééducation de la volonté), la plus longue et la plus chanceuse partie du traitement (accidents de la convalescence).

Remarque :

1° En conséquence de ce qui précède, n'ordonner de piqûres de morphine que quand on ne peut pas faire autrement (maladies incurables).

2° Craindre toujours une récidive une fois le malade guéri.

3° Cocaïnisme.

Encore plus dangereux et plus rapidement fatal que le morphinisme.

Signes psychiques :

A. Fondamentaux. — Affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire. Tristesse et indifférence, Affaiblissement de la volonté,

« Folie morale », agitation pour des occupations sans but, en contraste avec l'abandon des devoirs professionnels. Irritabilité et apathie mélangées.

B. Épisodiques. — Délire cocaïnique. Ressemblance avec le délire alcoolique, mais avec des signes particuliers pathognomoniques :

Hallucinations de l'ouïe.

Hallucinations de la vue. Ordinairement des bêtes très petites et très nombreuses ou d'autres choses encore, et le plus souvent petites (micropsie.)

Hallucinations du tact, en relation avec les précédentes : les bêtes, vers, fourmis, etc., rampent dans la peau, sous la peau, chatouillent, piquent, etc. — Les malades se grattent, se piquent, cherchant à arracher ces animaux ou ces objets.

Idées de persécution, quelquefois de jalousie conjugale.

Réactions contre elles : plaintes aux autorités, violences, meurtre, suicide.

Signes physiques. — Amaigrissement extrême, dénutrition rapide, aspect de vieillard. Fatigue générale intense. Ataxie, tremblement, faiblesse musculaire. Pupilles dilatées. Réflexes augmentés. Faiblesse du cœur et des organes digestifs. Sueurs, tendances syncopales et vertigineuses. Impuissance.

Traitement. — Isolement indispensable. Suppression brusque.

Remarque. — Chez un cocaïnique, toujours rechercher le morphinisme et réciproquement ou d'autres intoxications, comme l'alcool.

4° Opiumisme.

C'est surtout l'*intoxication par la fumée* d'opium qui mène à l'opiumisme. Très répandu en Extrême-Orient et maintenant à Toulon et quelques autres ports de mer. Je ne fais que le signaler n'en ayant jamais vu de cas. On a lu plus haut un exemple d'*opiophagie*, c'est-à-dire d'intoxication par ingestion d'opium.

5° Ethérisme. Chloralisme. Caféinisme. Théisme. Haschichisme.

Ce sont aussi des intoxications par habitude devenue irrésistible. Toutes ces intoxications ont ce caractère d'amener une déchéance physique et mentale, avec des nuances suivant la

nature du poison. Il y en a d'autres encore, plus rares, que je ne mentionnerai pas.

6° Saturnisme. Sulfure de carbone, etc.

Le *saturnisme* qui est un empoisonnement *non voulu* ressemble extrêmement à l'alcoolisme, mais le traitement ne se heurte pas à la passion du malade. Il y a donc une différence psychique importante entre les poisons « passionnels » et les autres. Le saturnisme (à part les symptômes physiques pour lesquels je renvoie aux Traités de pathologie interne, coliques de plomb, paralysies, etc.) se présente sous des formes presque calquées sur l'alcoolisme : saturnisme chronique, démence, pseudo-paralysie saturnine, délire hallucinatoire, confusion, etc. Il est très difficile de faire le diagnostic avec l'alcoolisme : les commémoratifs, le liseré saturnin, la paralysie radiale peuvent mettre sur la voie. Le saturnisme étant rare dans les asiles, je n'insiste pas.

Le *sulfure de carbone*, *l'oxyde de carbone*, etc., donnent aussi lieu à des accidents de délire de rêve, confusion, affaiblissement intellectuel, etc.

7° Pellagre.

Je ne fais que signaler cette intoxication dont l'origine est encore douteuse. Elle se caractérise surtout par la *confusion mentale* aiguë ou chronique, et la démence.

CHAPITRE II

AUTO-INTOXICATIONS ET TROUBLES DES SÉCRÉTIONS INTERNES (1)

SOMMAIRE. — 1° *Auto-intoxications génitales.*

Menstrues. — Troubles mentaux très connus et banals, dans leur forme atténuée. Un exemple déjà pathologique. Hybrides. Obsession. Impulsions. Confusion et délire de rêve. Est-ce vraiment de l'auto-intoxication ?

Ménopause. — Troubles fréquents et importants. Leur mécanisme réel? Prédominance d'érotisme, de mysticisme, de mélancolie, d'hystérie. Voyez plus loin un exemple de psychasthénie. « Ménopause virile. » Castration.

Grossesse. — Confusion mentale avec délire de rêve par auto-intoxication ? ou par *albuminurie*. Couleur spéciale du délire. Suicide. Envies des femmes grosses. Types cliniques occasionnels.

« *Psychose puerpérale.* » — C'est dans l'immense majorité des cas un *délire infectieux* avec tendance à revêtir l'aspect de la catatonie. Plus rarement de l'épuisement.

Lactation. — C'est de l'épuisement et de la confusion mentale.

2° *Surmenage aigu.* — « Ivresse sportive. »

3° *Urémie.* — Un exemple chez un vieillard. Fréquence chez les gens âgés. Toujours examiner les urines chez un vieux qui délire. Stupidité, confusion, délire de rêve. Rechercher les signes physiques pour le diagnostic, car le délire urémique ressemble au délire épileptique et au délire alcoolique.

4° *Lésions cardiaques.* — Chez les aortiques et les mitraux différents troubles du caractère. L'asystolie : souvenirs anciens de malades asystoliques dans le délire de rêve, confus, asphyxiques. Toujours examiner somatiquement les délirants.

5° *Diabète.* — Rêve et confusion. Coma. Signes physiques.

6° *Cachexie cancéreuse.*

7° *Goitre exophtalmique.* — Caractère du basedowien. L'hystérie est fréquemment associée. Le délire hallucinatoire du basedowien est-il distinct de l'hystérie ?

Syndromes hypophysaire et surrénaux.

8° *Myxœdème. Insuffisance du corps thyroïde.* Renvoi à l'idiotie. Myxœdème acquis opératoire. Myxœdème des adultes.

Crétinisme. — C'est du myxœdème avec goitre endémique.

9° *Insolation.* — Coma. Confusion. Hallucinations.

1° AUTO-INTOXICATIONS GÉNITALES.

Menstrues. « Folie menstruelle. »

Les troubles des règles sont banals dans leur forme atténuée, car beaucoup de femmes changent de caractère à leurs époques. Une dame de ma connaissance devenait irritable, et même se

(1) RÉGIS, *Précis*, p. 557.

mettait dans de violentes colères, qu'elle oubliait complètement la période menstruelle passée. Souvent il y a hybride; par exemple de l'hystérie, des obsessions, des tendances impulsives diverses peuvent s'ajouter au trouble du caractère. Quand le trouble est très intense, il peut revêtir la forme de confusion ou de délire de rêve. Sont-ce vraiment des phénomènes d'auto-intoxication? Quoi qu'il en soit, je devais les signaler rapidement.

Ménopause.

Les troubles de la ménopause sont très fréquents et banals. La prédominance, lorsqu'ils sont graves (quelle est leur vraie étiologie ?), des idées érotiques, obscènes, mystiques, sous formes de folie plus ou moins systématisée (voyez p. 172 un exemple), de mélancolie, d'hystérie, etc., est habituelle. — On a aussi décrit une « ménopause virile », qui est probablement liée à l'artériosclérose. La *castration* chez l'homme et la femme amène le plus souvent des troubles du caractère. On connait le caractère particulier de *l'eunuque*.

Grossesse, accouchement, lactation.

Grossesse. — Le trouble le plus fréquent paraît être la *confusion mentale* avec délire de rêve relevant d'une auto-intoxication (?) ou d'*albuminurie*. Ici encore il y a souvent tendance érotique, obscène, mystique, tendance au suicide. Il faut signaler aussi les *envies* des femmes grosses et les *types cliniques occasionnels*.

« Psychose puerpérale ». — C'est un *véritable délire infectieux* et non auto-toxique, qui a tendance a revêtir *l'aspect* de la démence précoce avec stupeur, catalepsie, négativisme, etc. Il peut se terminer par la guérison, la mort ou la démence. Il faut se garder de confondre ces cas avec la folie discordante (voyez sur le délire infectieux, plus loin. p. 350), plus rarement c'est de l'épuisement ou du choc émotionnel.

Lactation. — C'est un délire d'épuisement ou confusion mentale primitive (voyez plus loin, p. 358), dû à la dénutrition amenée par la privation et l'allaitement.

2° Surmenage aigu.

On pourrait appeler ces troubles : « *Ivresse sportive* ». On connait ces états passagers d'*ivresse avec confusion*, *délire hallu-*

cinatoire ou *excitation et impulsion* que présentent parfois les coureurs à bicyclette à la fin de leur course en arrivant au but. Il s'agit là d'un véritable empoisonnement par les matériaux de désassimilation fabriqués en excès.

3° Urémie.

Ver... W., sculpteur, 78 ans, entré à Bicêtre le 19 mai 1909.

Renseignements fournis par la famille (1). Il s'agit d'un homme de 78 ans, grand et robuste, qui a toujours joui d'une excellente santé et dont le passé pathologique est tout à fait nul.

Actuellement, le malade paraît être surtout un prostatique. Depuis longtemps déjà il présente de la fréquence des mictions avec urine sentant souvent mauvais à l'émission. Le début des accidents aigus remonte au mardi 11 mai; à cette date, le malade a présenté des phénomènes à la fois de somnolence et d'agitation; il restait assoupi sur son lit la plus grande partie de la journée, puis, par moments, cherchait à se lever et à aller et venir dans la chambre : il voyait autour de lui des gens mal intentionnés et a présenté également du bavardage. Il aurait eu en même temps des accès de fièvre vespéraux, mais la température n'a pas été prise. Un médecin appelé a constaté à cette date la présence d'une très légère quantité d'albumine. Le malade a été mis alors au régime lacté exclusif.

Le mercredi 12, au soir, est apparu un accès de rétention d'urine qui durait encore le vendredi et a nécessité le transport du malade à l'hôpital Necker salle Vulpian.

Là, le malade aurait été très agité, se levant la nuit, parlant à voix haute et allant secouer le lit de ses voisins; aussi a-t-il été mis à la camisole de force, puis transféré à Sainte-Anne le 17 mai.

Là il paraît avoir été plus calme, mais délirant encore; il a dit aux membres de sa famille venus pour le voir:

« J'ai été dans un pays, et dans ce pays j'avais des dettes, et on m'a poursuivi avec des agents et des gendarmes. »

Ver... est transporté à Bicêtre, le 19 mai.

20 mai. — *Examen mental.* — Le malade est extrêmement calme, comprend bien les questions qu'on lui pose et y répond exactement, mais avec une certaine lenteur.

Il est parfaitement orienté et répond avec précision aux questions posées sur son nom, son adresse, son âge, la date et le lieu de sa naissance. Il sait qu'il est à Bicêtre et que Bicêtre est un hospice d'aliénés. Quand on lui demande s'il n'est pas étonné d'être dans un hospice d'aliénés, il répond que non, parce qu'il avait un peu perdu la tête les jours derniers.

Interrogé sur les raisons qui l'ont fait amener à Bicêtre, il se montre extrêmement peu précis, et les faits qui se sont passés depuis le début de sa maladie lui sont presque entièrement sortis de la mémoire. Il sait qu'il a d'abord été soigné dans un hôpital, Necker ou Laënnec, il ne peut préciser, mais dit être

(1) Observation rédigée par M. May, interne du service.

entré pour un ulcère variqueux; il se rappelle vaguement avoir eu de la rétention d'urine, mais ne sait plus exactement quand, et ne peut dire s'il y a un lien entre cette rétention et son entrée à l'hôpital.

Il se rappelle fort bien avoir été attaché sur un lit, mais il y mêle une idée délirante, car il croit que cela a été concerté par des camarades d'atelier pour lui jouer un tour; pourtant cette idée délirante ne paraît pas très tenace.

D. — En êtes-vous sûr?

R. — Je le crois, mais je ne pourrais pas l'affirmer; pour en être sûr, il faudrait que j'en cause avec ma femme.

D. — Mais n'étiez-vous pas un peu agité quand on vous a attaché?

R. — Oui, je n'avais pas toute ma tête.

D. — Et ne croyez-vous pas que c'est simplement parce que vous étiez agité qu'on vous a attaché?

R. — C'est possible aussi. Je ne pourrai le savoir que quand j'aurai vu ma femme.

Il paraît avoir eu également des hallucinations auditives, car on lui a dit, prétend-il, que sa femme et son fils étaient en prison, ou bien à l'hôpital, il ne sait plus exactement.

Il se rappelle avoir été ensuite mené à Sainte-Anne, mais est incapable de dire de quelle façon. Par contre, à partir de son transfert à Sainte-Anne, ses souvenirs redeviennent beaucoup plus précis. Il sait être resté deux jours à cet Asile, puis avoir été amené à Bicêtre en voiture; mais il ne sait plus exactement s'il est arrivé à Bicêtre le 19 dans la matinée ou dans la soirée.

Ces événements récents mis à part, sa mémoire est bonne dans l'ensemble. Ses connaissances scolaires sont conservées : les calculs proposés sur les quatre opérations sont exactement faits : il résout correctement l'équation :

$$x + 5 = 25$$

De même, il répond exactement aux questions posées sur les capitales des principaux pays de l'Europe, sur les grandes villes de la Belgique. La suite des mois et des jours est correctement dite dans les deux sens.

Sa mémoire s'altère un peu à mesure qu'il s'agit de faits plus récents. En ce qui concerne la guerre de 1870 (bataille de Sedan, nom de Bazaine), il a besoin d'être mis sur la voie; mais alors les souvenirs lui reviennent exactement, et il raconte notamment avec détail les événements du 4 septembre, à Paris, auxquels il a assisté. — Sa liste des présidents de la République est correcte pour les premiers, mais le nom des plus récents échappe souvent au malade qui, pourtant, les reconnaît très bien lorsqu'on les lui dit.

En ce qui concerne enfin les idées délirantes, on a déjà signalé son interprétation des faits qui l'amènent à l'hospice.

Examen somatique. — Cœur vibrant; deuxième bruit un peu claqué; ni souffle, ni bruit de galop.

Urines claires, avec un peu d'albumine.

Réflexes rotuliens faibles.

Pupilles normales.

Ulcère variqueux à la jambe droite.

Pas de signes d'alcoolisme chronique : le malade n'a pas de pituites matinales ni de cauchemars à caractères spéciaux. Il affirme d'ailleurs avoir toujours été très sobre, renseignements qui sont confirmés par sa famille.

Quelques jours après, il est revenu tout à fait à son état habituel, qui est celui d'un vieillard de soixante-dix-huit ans, ayant seulement au point de vue mental la mémoire naturellement un peu affaiblie, et somatiquement ayant une vieille prostate et un rein défectueux.

3 juin 1909. — Quelques phénomènes d'amnésie. Le malade ne peut plus retrouver sans aide le nom de l'hospice de Bicêtre.

Il dit qu'il lui arrive souvent de ne pas retrouver le nom de personnes qu'il connaît très bien.

Le malade dit qu'au début de son délire, il se rappelle avoir eu deux rêves de révolution ; il voyait un char plein de révolutionnaires et on commettait de nombreuses atrocités.

6 juin. — Il sort complètement guéri de ce petit accès d'auto-intoxication.

Ces cas sont *très fréquents* chez les vieillards qui deviennent très facilement confus et rêvassent à l'occasion d'une cause minime, toxique ou auto-toxique. D'où la bonne règle de toujours examiner les urines d'un vieillard qui délire.

Stupidité, confusion, délire de rêve avec ou sans excitation intellectuelle, avec ou sans catatonie, bref les signes les plus habituels des intoxications ou infections sont ceux de l'urémie. Il est parfois très difficile de faire le diagnostic même avec les signes physiques : accès épileptiformes, albumine dans l'urine, œdèmes, bruit de galop, artério-sclérose, accès de dyspnée urémique, respiration de Cheyne-Stokes, rétrécissement pupillaire..., car on peut confondre *surtout* avec : le délire épileptique, le delirium tremens.

C'est par la prédominance nette des signes de néphrite qu'on fera le diagnostic.

4° Lésions cardiaques.

Chez les *aortiques* on décrit souvent de l'irritabilité, des changements d'humeur, chez les *mitraux* de l'apathie, de la somnolence avec ou sans angoisse ; mais c'est surtout dans l'*asystolie* que l'on peut voir des troubles marqués par suite de l'asphyxie. Je me rappelle avoir vu, il y a bien longtemps, à Necker, quand j'y étais externe, de malheureux asystoliques avec délire de rêve et confusion, car c'est sous cette forme que se présente avant tout le trouble mental, délire par insuffisance de l'irrigation sanguine cérébrale amenant l'axphyxie. S'il est facile de faire le diagnostic dans ce dernier cas, vu les symptômes corporels frappants qu'on a sous les yeux, il est encore plus facile de ne pas songer à mettre sur le compte de lésions cardiaques cachées tel ou tel trouble mental peu caractérisé. D'où la

conclusion qu'il faut *toujours examiner somatiquement* les malades mentaux qui présentent un délire de rêve ou un délire peu précis, « flou ».

5° Diabète.

Ici encore le rêve et la confusion dominent, mais le trouble mental peut aller jusqu'au *coma mortel*. Les signes du diabète sont à rechercher soigneusement, principalement l'odeur d'acétone de l'haleine qui aide singulièrement à mettre sur la voie du diagnostic.

6° Cachexie cancéreuse.

A la fin de la période cachectique, on voit souvent survenir de la confusion avec somnolence.

7° Goitre exophtalmique.

J'ai entendu le professeur Potain dire que le goitre exophtalmique représentait, grossie, l'expression de la colère. Il y a du vrai dans cette formule : le basedowien est irritable au plus haut point, fantasque, colère, anxieux, bref un émotif extrêmement exagéré avec phénomènes vaso-moteurs marqués. Il peut s'y joindre l'insomnie, l'excitation constante, des hallucinations variées, etc., mais surtout il y a coexistence très fréquente de l'*hystérie*. Il se montre parfois un délire hallucinatoire avec plus ou moins de confusion (?) qu'il est difficile de distinguer du délire hallucinatoire hystérique, si tant est qu'il en soit réellement différent.

Je me contente de signaler qu'il y a aussi des troubles mentaux liés aux *syndromes hypophysaire* (acromégalie, gigantisme) et *surrénaux* (maladie d'Addison, obésité, etc.).

8° Myxœdème. Crétinisme.

Ce sont des troubles dus à l'insuffisance thyroïdienne.

Je renvoie au chapitre Arriération mentale (p. 496) pour le *myxœdème infantile*. Je signale seulement le *myxœdème acquis opératoire* par ablation du corps thyroïde qui est rare. Le *myxœdème des adultes* est dû à différentes causes qui altèrent la glande

thyroïde. Il y a affaiblissement intellectuel et grande ressemblance, *mutatis mutandis*, avec le myxœdème infantile.

Le *crétinisme* est un myxœdème avec goitre, endémique dans certaines vallées de montagnes élevées. On ne sait pas au juste à quoi attribuer cette dégénérescence goitreuse amenant secondairement un défaut de secrétion interne du corps tyroïde.

9° Insolation. Coup de chaleur.

Ces troubles physiques peuvent se traduire psychiquement par le coma ou par des troubles mentaux, délire hallucinatoire, confusion, dont le diagnostic est difficile en l'absence de renseignements étiologiques. Il est probable qu'il s'agit là de troubles des « humeurs ».

CHAPITRE III

INFECTIONS (1).

SOMMAIRE. — Le *Délire fébrile* est la forme banale et atténuée du délire infectieux. Le *délire infectieux* peut se rencontrer dans toutes les infections : grippe, fièvre typhoïde, érysipèle, scarlatine, paludisme, etc. Le délire du rhumatisme aigu paraît particulièrement violent. La « folie post-opératoire » est du délire infectieux, ainsi que la « folie puerpérale » dans la grande majorité des cas.

Délire infectieux grippal. — Un exemple avec la particularité intéressante de refléter les préocupations ordinaires de la malade.

Délire infectieux innominé. — Un exemple. Particularités. Puérilisme. « Délire aigu ». Mort. Autre exemple. Stupidité avec agitation. Mort.

Délire infectieux terminé par la démence. — Un exemple complexe et difficile. Confusion, délire hallucinatoire, excitation incohérente. Démence avec stéréotypies. Serait pris par certains aliénistes pour de la « démence précoce ». Peut-être rattachable à la syphilis, en tout cas compliqué de démence syphilitique.

Exposé général.

Rage.

Infections chroniques.

Le délire infectieux a une forme bien connue des médecins non-aliénistes, c'est le *délire fébrile* qui, malgré son nom, comme on le sait maintenant, n'est pas lié à la fièvre, mais aux intoxications microbiennes ou secondaires. On n'élève pas ce délire fébrile à la dignité de trouble mental parce que les signes somatiques l'emportent de beaucoup sur les psychiques (je n'en donnerai pas d'exemple ici). Ce n'est que lorsque ceux-ci prennent une importance prédominante que l'on parle de délire infectieux. Il est entendu que cette expression veut dire : fièvre typhoïde, grippe, pneumonie, érysipèle, etc., avec troubles mentaux *prédominants*. Le délire du *rhumatisme articulaire aigu* parait se caractériser par une violence particulière. Je ne fais que le nommer ici, car on ne fait pas intervenir l'aliéniste. Pourtant, il arrive fréquemment de rencontrer de ces délires infectieux, dont il est impossible de reconnaître avec certitude l'espèce.

Quant à la « folie post-opératoire », ce n'est ordinairement que

(1) RÉGIS, *Précis*, p. 701.

du délire infectieux qui rentre dans la description générale, ainsi que la « folie puerpérale » dont j'ai déjà parlé (p.332).

Au fond, dans les délires infectieux, il s'agit encore d'intoxication, mais par l'intermédiaire de microbes ; la ligne de démarcation entre les délires d'intoxication extérieure, d'intoxication par les poisons fabriqués dans l'organisme ou auto-intoxication, et enfin d'intoxication de cause microbienne, cette ligne de démarcation n'est pas très tranchée ; c'est pour cela qu'ils ont une physionomie commune.

Je donnerai d'abord un exemple de délire grippal, puis trois de délires liés à une maladie non définie.

Délire infectieux grippal (1). — Le 7 avril 19..., Mme XXX..... vient dîner dans ma famille avec ses enfants; elle était manifestement en pleine crise de grippe avec fièvre, courbature, enrouement, céphalée, etc. Comme elle était ma cliente, je lui donnai le conseil de rentrer le plus vite possible. Elle obéit, mais avec force protestations qui ne nous surprirent pas, connaissant son caractère très indiscipliné et un peu bizarre. Pendant les deux heures à peine qu'elle passa avec nous ce soir-là, nous fûmes tous frappés de son aspect étrange : le regard fixe, hagard, elle qui était d'ordinaire très loquace, bruyante même, elle avait à peine prononcé quelques paroles brèves et avait paru absorbée, étrangère à la conversation.

Le 8 au matin, Mme XXX..., bien que très fatiguée, veut se lever... Un ami intime de sa famille et de son mari vient la voir : elle le reçoit d'une façon bizarre, lui parle par phrases saccadées, sans suite.

Au déjeuner, elle tient à son mari des propos étranges, ainsi que pendant les heures qui suivent ; elle s'inquiète d'un sermon qu'elle a entendu la veille (dimanche) à l'église, lui attribue un sens caché, soupçonne le prêtre d'avoir des intentions, des projets mystérieux... on veut en faire un évêque... elle s'y croit intéressée, et répète que cela peut être pour elle et les siens la source de grands bienfaits... Déjà, la veille, elle avait plusieurs fois exprimé la même pensée ; elle y revient plusieurs fois encore, comme si elle en était obsédée.

Déjà aussi, dans la journée du 7, faisant allusion à une lettre d'un mendiant, qui lui avait été remise et que son fils avait dit être « lettre d'un toqué », elle avait prononcé cette phrase : « Le toqué d'hier et moi *la toquée*, je me rends bien compte de ce que cela signifie. Cette lettre bizarre a rapport à ce qui doit se passer aujourd'hui..., » et elle rattachait cette lettre à la nomination supposée de l'évêque, etc.

A la fin de la journée, une parente qu'elle aime beaucoup vient la voir, elle la reçoit d'une façon très maussade, puis à peine celle-ci est-elle partie, qu'elle prend son chapeau et sort précipitamment : dans la rue, elle rencontre une personne qu'elle connaît beaucoup, l'apostrophe vivement, en termes incompré-

(1) Cette observation, recueillie par le docteur Georges Baudouin, est empruntée à un travail fait en collaboration avec lui : Un cas de délire infectieux grippal, *L'Encéphale*, n° 6, juin 1909.

hensibles, et rentre en courant ; elle prétend même que, dans sa précipitation, elle a failli tomber sous une automobile.

A partir de ce moment, elle ne cessa de déraisonner. On m'appelle. Je vais la voir dans la soirée, je la trouve agitée, avec un peu de fièvre (38°, 4). Toux et expectoration fréquentes. A l'auscultation, quelques râles de bronchite en voie de résolution. Mais délire complet, qui s'est accentué depuis la fin de l'après-midi.

La malade me reconnaissait. Les divagations ont d'abord porté sur les prêtres de la paroisse, puis sur une grande faute qu'elle dit avoir commise, mais qu'elle prétendait devoir avouer devant son mari et ses enfants pour en obtenir le pardon. Après en avoir fait le récit, elle s'est mise à parler de Dieu, de la lutte contre le mal, des lignes d'ombre et de lumière qu'elle voyait sur le plafond et qui, suivant elle, allaient d'une âme à une autre; elle disait qu'elle allait changer son âme contre une autre pour la sauver, que sa fille et elle devaient porter une croix très lourde sous le poids de laquelle les hommes pécheurs allaient les écraser.

Elle parla ainsi et s'agita pendant toute la nuit.

Mardi 9. — Dès le matin elle prétendait entendre chanter un coq, puis des petits oiseaux; de nouveau elle parla des âmes « qu'elle devait conduire d'un mal vers un bien, en leur faisant quitter leur corps » .... et des ecclésiastiques; elle reprit le récit de « sa faute », prétendit voir au-dessus de sa tête un sabre avec lequel elle tranchait les « ombres du mal » pour les changer en « lignes de lumière. »

Jusqu'au milieu de la soirée, elle ne cessa de parler du mal et du bien, de la lutte de l'un contre l'autre, « lutte à laquelle elle se trouvait mêlée pour faire le bien de l'humanité et des siens en particulier » ; elle répétait des phrases qu'elle avait apprises dans les livres de piété ou au sermon, et tout en parlant, depuis la veille, elle imitait les gestes des prêtres à l'autel ou en chaire. Elle dormit un peu et, à son réveil, recommença à divaguer; elle voyait passer des étoiles, il en sortait d'elle-même... Elle se croyait condamnée à faire le mal quand elle voulait faire le bien. « Sa famille devait la charger de fiel, parce que voulant faire le bien, elle était condamnée à vomir du fiel, qu'elle devait en éclater. »

La soirée fut moins agitée, grâce à l'action du bromure qu'elle a pris, mais non absolument calme; de temps en temps elle recommençait à délirer.

Une fois, elle quitta violemment son lit, refusa d'y rentrer, puis elle y revint d'elle-même en disant qu'elle était vaincue, qu'elle s'était trompée, que c'était sa famille qui possédait la vérité. Plusieurs fois ensuite, elle répéta que les hommes bons étaient comme les piliers élevés des cathédrales et que les âmes excellentes en étaient les voûtes élancées. Pendant toute la nuit suivante, elle continua à parler et à délirer... Elle disait encore entendre chanter un coq, puis des petits oiseaux.

Mercredi 10. — Dès le matin, l'agitation recommence. Elle se croit une « punaise tranchée en deux par le sabre qu'elle voyait la veille pour la délivrer du mal. » On la transporte pendant quelques instants sur un lit dans une autre pièce ; elle cherche alors des yeux un livre de piété qu'elle y avait placé et ne le retrouvant pas, elle le réclame énergiquement et se lève pour le chercher.

Dans la journée, un accident survient dans son lit; on veut la changer

elle pousse des hurlements, bouscule les personnes qui l'assistent et se précipite, les yeux hagards, jusqu'à la porte de l'appartement qu'elle cherche à ouvrir. On a dû la maintenir et la ramener de force à son lit. Quelques instants après, elle dit à son mari qu'elle est bien heureuse, qu'elle a compris ce qui s'est passé, qu'elle avait « cru faire une fausse couche et perdre l'enfant qu'elle portait, que désormais il était sauvé, que c'était une fille, que pendant longtemps elle avait cherché quel en était le père, et qu'elle savait maintenant que c'était X... (un ami intime de sa famille) » ... ; elle ajoutait que son mari devait être bien heureux.

Elle répéta cette histoire plusieurs fois aux autres personnes de la maison, tout en entremêlant son récit de divagations sur les prêtres, sur les « ombres du mal et la lumière de la vertu. »

Elle croit voir des étoiles : ce sont, en réalité des reflets lumineux produits par la tringle en cuivre des rideaux, de même que les « ombres » qui la préoccupent sont produites par les gens et les voitures qui passent dans la rue et qu'on voit directement, la situation de l'appartement permettant de les apercevoir.

Deux fois encore elle a quitté son lit en poussant des cris et a tenté de gagner la porte, de sortir de l'appartement.

Deux fois aussi, elle a uriné dans son lit sans s'en rendre compte et elle a même refusé de faire autrement.

A certains moments, elle prétendait que son mari était devenu l'abbé X..., curé de la paroisse.

Dans la soirée, on place auprès d'elle une garde laïque qu'elle reçoit d'abord fort mal et qu'elle embrasse ensuite. Elle devient cependant plus calme, en continuant à divaguer.

Jeudi 11. — Pendant toute la matinée, elle a adressé des discours à un portrait d'ancêtre qui est en face d'elle.

Celui-ci ayant été enlevé, elle s'est adressée à un autre point de la pièce qu'elle fixait obstinément.

En parlant d'un ami de son mari, elle dit : « Il sera le roi et moi la reine, et nous verrons nos enfants qui régénéreront l'Église par la foi. »

Entendant le concierge battre des tapis : « Vous pouvez battre, me battre, dit-elle, cela ne me fait rien, battez-nous tant que vous le voudrez; ce qui nous fait du mal, c'est la haine de l'Église, mais nous sauverons la foi. »

Un peu plus tard (dans la soirée) elle s'écria : « Entendez-vous les oiseaux ?... Ils s'en vont !... »

Pendant la nuit suivante elle a reposé environ quatre heures, en dehors desquelles elle n'a cessé de parler : en même temps elle élevait ses mains le plus haut possible dans une attitude suppliante et restait ainsi tant qu'elle le pouvait.

Dans son délire, elle fait encore allusion au curé qu'elle « croit avoir contrarié, dont elle ne s'expliquait pas la froideur... elle est contente de souffrir pour le débarrasser des sorciers... » Elle dit s'être trompée sur le compte de ces sorciers : tantôt sa belle-mère en était un, tantôt c'était le curé. Elle parle de la croix, de la rédemption par la souffrance, du changement des âmes bonnes et des mauvaises, de l'échelle au sommet de laquelle elle doit monter, quand elle sera purifiée, avec les saints, son père, sa tante, etc., de l'hostie qu'elle croit voir, qui la renferme elle-même et ses enfants..... et qui

sort de son côté, ou de celui d'un de leurs amis. C'est cette hostie et sa courbe qui doit les sauver tous... » Pour sauver les pécheurs, il faut leur presser sur leur côté, à la hauteur de la hanche, et l'hostie qu'ils ont profanée leur sort par la bouche..... et ils sont sauvés, car, grâce à son propre sacrifice, ils sont délivrés du crime qu'ils ont commis!...

Au cours de ces quatre journées, les symptômes de grippe proprement dite, fièvre, courbature, céphalée, coryza, laryngo-trachéite, ont évolué sans aucune complication, et déjà ils étaient suffisament atténués pour qu'on pût considérer la période d'infection aigüe comme à peu près terminée. Dès le 7 avril d'ailleurs, lorsque j'avais constaté pour la première fois l'état morbide, la grippe entrait déjà dans sa période de déclin.

En réalité, les accidents aigus de l'infection avaient débuté, d'après les renseignements donnés par le mari, vers le 28 ou 29 mars; rapidement, ils avaient pris une intensité très considérable; néanmoins, malgré les sollicitations de son entourage, la malade avait refusé de me faire appeler. J'ai tout lieu de croire qu'elle craignait que je l'empêche de suivre les exercices religieux de la semaine sainte, auxquels elle assista, d'ailleurs, avec une ferveur excessive. C'est ainsi qu'elle continua à sortir, bien que très souffrante: et dès le troisième ou quatrième jour de cet état grippal, sa famille remarqua qu'elle devenait plus nerveuse que d'habitude, le regard était fixe et singulier, elle paraissait absorbée, « absente » du milieu où elle était réellement. Son parler était saccadé.

Pendant toute la semaine qui s'écoula avant le moment où je commençai à l'observer, les troubles infectieux et les phénomènes nerveux restèrent stationnaires. Elle ne s'entretenait guère avec les siens que des affaires de l'Église, des faits et gestes du clergé; à certains moments, dans la conversation, on constate qu'elle fait des confusions; elle confond un de ses oncles, par exemple, avec son père.

Nous avons vu, par la première partie de cette observation, comment évolua cette crise de délire pendant la poussée infectieuse proprement dite. Loin de cesser avec elle, elle persiste après, toujours sous la même forme, et le 18 avril, dix jours exactement après son apparition définitive, je revis la malade avec le docteur Chaslin, qui constata le délire de rêve encore existant, sans confusion mentale, avec orientation, mais avec une demi-conscience que toutes ces idées pouvaient bien n'être que le résultat d'un trouble mental, « d'un rêve. » Cela était un bon signe. Effectivement, au bout de quelques jours, survint une amélioration très sensible; les idées délirantes apparurent moins marquées, puis disparurent progressivement. La malade conservait seulement un sentiment de fatigue excessive; elle avait du reste beaucoup maigri.

A la fin d'avril, Mme XXX... quitte Paris pour aller terminer sa convalescence à la campagne. Au moment de son départ, elle n'avait qu'un vague souvenir de ce qui s'était passé; lorsqu'elle revint, après cinq mois d'absence, elle avait repris son état normal, mais elle m'affirmait qu'elle n'avait aucun souvenir de son délire ni même de sa maladie.

Antécédents. — Mme XXX..., quarante et un ou quarante-deux ans, mariée très jeune, bonne santé physique habituelle, a eu trois enfants. Très nerveuse, bavarde, un peu méchante, vaniteuse, intelligence superficielle, inconséquente, alliant une piété excessive et bornée à une certaine intempérance de langage dans laquelle elle se complaisait volontiers.

A essuyé des revers de fortune considérables il y a quelques années. A ce moment ses sentiments de piété se sont accentués (lectures pieuses, prières, sermons, etc.). Mais en même temps elle fit preuve d'un courage et d'une énergie remarquables. Après être tombée sans transition de la situation la plus aisée dans la plus grande gêne, elle soutint par son énergie, jusqu'au jour où elle tomba malade, une affaire industrielle en plein déclin. Toute la famille est plus ou moins déséquilibrée et bizarre.

Enfin, pour compléter l'étude de l'état mental de Mme XXX..., on peut citer quelques passages d'une lettre adressée par elle à son médecin, une fois à la campagne :

« ... Depuis mon départ, aucun accroc ne s'est produit, au contraire. Tous les jours, mon beau-frère et ma sœur constatent ma bonne mine, voir (*sic*) même mon rajeunissement; moi, je continue à profiter largement de la cure merveilleuse qui m'est imposée, sans en comprendre l'utilité, mais en m'y soumettant.

« Bien persuadée que la frugalité est une source de délices merveilleuses pour la santé et désireuse (*sic*) de suivre votre direction jusqu'au bout, je viens vous demander si je puis ternir la voie lactée (*sic*) que suivant vos prescriptions j'ai entretenue scrupuleusement jusqu'à ce jour, sans douleur et par gourmandise peut-être » (1).

Donc, ici, délire de rêve ayant acquis une grande intensité et ayant une évolution liée à la grippe, mais persistant un peu pourtant après la poussée infectieuse. Ce délire de rêve ne s'accompagnait pas de confusion sous-jacente, et avait le caractère particulier de refléter par sa couleur les préocupations habituelles de la malade, ce qui est peu fréquent. On peut donc se demander s'il n'y avait pas là une sorte d'hybride, analogue à ceux que j'ai mentionnés au chapitre alcoolisme.

Délire infectieux innominé. — L'observation suivante concerne un cas qu'il a été difficile de rattacher à un microbe déterminé. On a pensé pourtant au coli-bacille.

(1) Comme document extra-scientifique, il sera peut-être curieux de relater le jugement, en partie si exact, porté par une graphologue sur la malade, d'après cette lettre, et que voici : « Distinction native. Bonne éducation. Bonne instruction. Nature gracieuse, un peu coquette, amour du faste, vanité, caractère bizarre, entêté. Plus d'imagination que de jugement, des malheurs prématurés, des chagrins de famille ont amené un changement de situation.

La volonté ne possède pas les qualités nécessaires pour surmonter les difficultés ; il y plus de vaillance que de résignation, une tristesse latente, profonde.

Troubles moraux.
État morbide.
Psychasthénique.
Obsession amoureuse.
Évocation amoureuse.
Remords.
Grande sensibilité, vanité, caractère accapareur; désir de faire bien, de posséder, d'attacher, d'occuper.

Niz..., fonctionnaire, 31 ans.

Antécédents. — Je n'ai pas de renseignements précis; il est probable que le père et la mère sont peu intelligents, et qu'une sœur serait hystérique.

Depuis de longues années, ennuis, chagrins, émotions répétées, désagréables, surmenage intellectuel et physique. Toute l'année scolaire 1899-1900, ces ennuis s'aggravent; furonculose tenace, saison à Uriage en août 1900.

Au commencement de septembre 1900, j'ai l'occasion de voir Niz... Il est couché, atteint d'embarras gastrique non fébrile; la langue est extrêmement chargée; il est traité par les purgatifs. Il n'a pas l'air très malade, mais je remarque l'air enfantin avec lequel il m'accueille, entrant dans des détails puérils sur sa maladie et ses affaires personnelles.

Il reste ainsi malade le mois de septembre et le commencement d'octobre Quelques jours après, le 10 octobre, une dame va le voir, le trouve alité, et est frappée par le caractère inconvenant des propos qu'il tient, lui si réservé et si correct d'ordinaire, et des actes auxquels il veut se livrer avec sa femme en présence d'un tiers. Récriminations violentes (justifiées) contre sa famille: « Je maudis mon père, s'écrie-t-il avec emphase. » Un ami qui lui rend visite le soir est frappé, lui aussi, de l'érotisme de Niz... Le même jour ou le lendemain, Niz... se lève avec agitation, fait des scènes violentes à sa femme, puis le soir il prie le même ami qui était là de rester, disant qu'il ne se sentait pas bien. Il se lève et exige qu'on lui fasse un lit sur un matelas par terre dans le salon; il s'y couche et oblige son ami, en le prenant par le cou, à rester par terre à côté de lui, en lui tenant des propos incohérents sur ses affaires et sur Dieu, l'âme, etc. Cette scène dure deux heures environ. Au milieu de la nuit de nouveau grande agitation : il veut donner des coups à sa femme enceinte en disant: « Je ne veux pas qu'il vive, celui-là » (c'est-à-dire l'enfant qu'elle porte). On va chercher le médecin qui le déclare fou (1).

17 ou 18 octobre 1900. — C'est ce jour-là que je revois le malade. Il est alité, la langue chargée d'une façon extraordinaire; il me reconnaît très bien, mais il tient des propos tout à fait incohérents, parlant de morts qui reviennent, de Dieu, de prouesses amoureuses, le tout avec un air enfantin indéfinissable. Il prend sa femme par la taille et veut lui faire des caresses. Il ne semble pas avoir d'hallucinations, ni d'illusions. Pas de désorientation dans le monde extérieur.

Les jours suivants l'état reste le même, malgré le traitement ayant consisté en purgatifs salins répétés, benzo-naphtol, régime lacté, et séjour au lit que le malade accepte, n'étant plus si agité. Aucun signe physique de méningite, de fièvre typhoïde, d'infection déterminée. La température varie de la normale à 38°, 38°,5 d'une façon désordonnée. Rien dans les urines.

Le docteur Séglas vient le voir. Niz..., tient toujours les mêmes propos incohérents de mysticisme et d'érotisme, et parle toujours des morts qui reviennent. Toujours pas de désorientation. Il reconnaît très bien que le docteur Séglas est médecin, et tout à coup, pendant que celui-ci l'examine, il lui prend les deux poignets et, avançant brusquement sa tête vers celle du médecin, il pousse un Ah! retentissant, la bouche grande ouverte, comme pour faire peur à un enfant, et ajoute : « Je voulais voir si je vous ferais peur, docteur! »

(1) Tous ces renseignements m'ont été donnés par l'ami de Niz. .

Le 23, le 24 et le 25 au matin légère amélioration; les propos sont moins incohérents, l'excitation intellectuelle semble diminuer. Dans la journée du 25 l'état s'aggrave, l'excitation intellectuelle incohérente reparaît; vers 7 heures du soir, l'agitation est intense, avec verbiage incessant complètement incohérent; c'est vraiment du « délire aigu ». Vers 8 heures, pour la première fois, crise épileptiforme. A partir de ce moment, crises épileptiformes généralisées sans cri, rapprochées, puis subintrantes irrégulièrement. Etat de mal. Coma. La température s'élève. Mort vers 11 heures du soir avec 43°, malgré des bains froids répétés.

Il y a différentes choses à remarquer. Pas de délire de rêve ou de confusion; mais excitation intellectuelle seulement, avec incohérence, sans désorientation, et idées délirantes vagues, religieuses, et portant sur les morts (ce qui est fréquent dans ces délires infectieux), érotisme et enfantillage ou puérilisme très marqué. Enfin, terminaison par une grande excitation avec confusion, avec fièvre intense et accès épileptiformes subintrants, véritable « *délire aigu* » des auteurs, qui a entraîné la mort. Le point de départ de tout cela est certainement une affection du tube digestif, causée par un microbe. Il a été impossible de déterminer lequel. Mais cela importait fort peu d'ailleurs au point vue du traitement à appliquer qui a été celui des infections en général. Ce cas ne peut pas servir de type, car il y a vraiment des choses assez exceptionnelles dans ses allures; je le donne néanmoins tout comme le suivant pour montrer une fois de plus les difficultés de la clinique mentale.

Délire infectieux innominé. — Le malade de l'observation suivante est encore un exemple de diagnostic difficile. On a songé plusieurs fois à une tuberculose latente, sans que rien d'objectif ait pu la déceler. Peut-être était-ce plutôt une auto-intoxication d'origine gastro-intestinale, car il y avait certainement un état gastrique anormal, comme dans le cas précédent ? Quoi qu'il soit, je livre ce cas aux méditations du lecteur.

Bré..., comptable, âgé de 40 ans, entré à Bicêtre le 30 août 1907, mort le 3 novembre 1907 (1).

Antécédents et renseignements fournis par la femme. — Aurait été malade de 3 à 7 ans (fièvre cérébrale?); a toujours boité, coxalgie à 4 ans. Il aurait mené joyeuse vie avant son mariage. La femme a fait une fausse couche 18 mois après le mariage. Un enfant de 4 ans bien portant. Comptable dans des maisons de fourrures, puis au Bon Marché.

Depuis 5 mois le malade maigrit; les trois dernières semaines, amaigrissement

(1) Observation prise par M. Mallet, interne du service.

considérable. Le 27 juillet dernier, il est remercié du Bon Marché sans cause connue de sa femme. Il se plaignait depuis quelque temps de mal de tête; il mange peu pendant quelques jours, mais dort convenablement. Vers le 7 août, il rentre chez lui avec une coloration « cramoisie » de la face qui a frappé sa femme (pas d'excès alcooliques ce jour-là, pas plus que les autres jours; il était sobre, paraît-il). Dans la nuit du 13, le malade divague; il demande si la boîte au lait contient du charbon. A deux heures du matin il réveille sa femme pour lui demander si elle est souffrante, la voisine lui ayant annoncé, dit-il, que Mme Bré... était malade. — Le lendemain le médecin parle de grande fatigue, d'anémie cérébrale; il ne veut pas faire interner le malade. A partir de ce moment, Bré..., refuse la nourriture, disant que s'il mangeait les voisins y trouveraient à redire, puisqu'il ne travaillait pas. Il était sombre, passait la journée sur une chaise et dormait la nuit sans se réveiller. Il reconnaît bien sa femme. Pas de gâtisme, pas d'attaques. — Le samedi 25 août il tombe accidentellement sur le coin de sa cheminée et se fait une plaie du cuir chevelu : n'a pas perdu connaissance.

31 août. — Le malade est assis sur son lit; il a l'air hébété, il promène son regard dans la salle sans regarder en apparence ni penser à rien. Quand on s'approche de lui, c'est à peine s'il tourne les yeux de notre côté. La tête est entourée d'un pansement; la figure est pâle, très maigre; asymétrie marquée; exostose au niveau de l'angle du maxillaire inférieur droit. Aspect général très maigre, cachectique. L'examen somatique montre que la langue est saburrale, le foie petit; la vessie est pleine et on est obligé de sonder le malade qui urine par regorgement. Gâtisme. Premier bruit du cœur sourd, claquement des valvules aortiques, artères dures; pouls régulier. Poumons : rien à noter. Pas de troubles apparents de la sensibilité générale ni de la motilité, sauf ceux en rapport avec une coxalgie ancienne droite. Inégalité pupillaire (dilatation à gauche); pupilles très paresseuses des deux côtés. Réflexes rotuliens et achilléens exagérés à gauche, à apparence normale à droite. Tremblement de la langue; bredouillement accentué de certains mots seulement. Pas d'albumine dans les urines. T. 38° (la seule fois où il ait été noté de la fièvre). Poids : 45 kilos seulement :

Interrogatoire.

D. — Qu'est-ce qui vous est arrivé à la tête?

R. — Il est arrivé que je suis tombé chez moi.

D. — Quand?

R. — Il y a quelque temps.

D. — Il y a combien de jours?

R. — Je ne sais pas.

D. — Comment vous appelez-vous?

D. — Bré... Louis-Léonard.

D. — Quel âge avez-vous? (on est obligé de répéter trois fois la question.)

R. — Trente ans.

D. — En quelle année êtes-vous né?

R. — En 1867.

D. — En quelle année sommes-nous?

R. — En 1907.

D. — Combien y a-t-il d'années de 1867 à 1907?

R. — Trente ans.
D. — Non, cela fait 40.
R. — Oui.
D. — Savez-vous où vous êtes ici?
R. — Je suis là.
D. — Où? Vous étiez hier ici?
R. — Je n'y étais pas hier.
D. — Comment s'appelle cette maison-ci?
R. — C'est 23, rue ...
D. — C'est là où vous demeurez; mais ici, qu'est-ce que c'est?
R. — C'est un accident que j'ai eu.
D. — Accident de quoi?
R. — Je suis tombé d'un fauteuil.
D. — Où ça?
Pas de réponse.
D. — Quel jour sommes-nous?
R. — Le 29.
D. — Quel mois? Le savez-vous?
Pas de réponse.
D. — En quelle année sommes-nous?
R. — En 1907 (après beaucoup d'hésitation et en zézayant).
D. — Vous avez de la peine à parler?
R. — Oui.
D. — Depuis combien de temps?
R. — Depuis longtemps.
D. — Depuis l'enfance?
R. — Oui.
D. — Quel métier faites-vous?
R. — Rien du tout.
D. — Vous vivez de vos rentes?
R. — Non.
D. — De quoi vivez-vous? combien gagnez-vous par jour?
R. — 5 francs.
D. — En quoi faisant?
R. — Dans la fourrure et les lunettiers.
D. — Que faites-vous dans la fourrure et les lunettiers?
R. — Je travaillais. C'est tout.
D. — A quoi travaillez-vous?
R. — En ce moment?
D. — Non. Que faites-vous dans la fourrure et les lunettes?
R. — C'est dans la fourrure et les lunettiers.
D. — Mais qu'est-ce que vous fabriquez? Vous vendez?
R. — Non.
D. — Alors que faites-vous?
R. — Rien.
D. — Vous ne faites rien?
R. — Oui.
D. — Vous n'êtes pas comptable?

R. — Non.
D. — Hier, qu'avez-vous fait ?
R. — Rien du tout.
D. — Et il y a huit jours ?
R. — Tout le temps.
D. — Tirez la langue.
Le malade tire la langue, puis dit :
R. — C'est le médecin qui me l'a mis.
D. — Pourquoi?
R. — Parce que je suis tombé.
D. — Quand ?
R. — Il y a quelque temps.
D. — Vous êtes content d'être ici ?
R. — J'étais.....
D. — Où étiez-vous ?
R. — Chez Sport.
D. — Qui ça, Sport ?
R. — Dans les peaux.
D. — Vous êtes marié ?
R. — Oui.
D. — Vous avez des enfants ?
R. — Un.
D. — Où demeure-t-il ?
R. — Rue B..., 23.
D. — Est-ce que vous êtes malade ?
R. — Un peu.
D. — Où ça ?
R. — Des troubles dans la tête.
D. — Qu'est-ce que vous sentez dans la tête ?
R. — Parce que je suis tombé.
D. — Vous avez maigri ces temps-ci ?
R. — Beaucoup.
D. — Depuis combien de temps ?
R. — Il y a quelque temps.
D. — Est-ce que vous avez de la peine à rassembler vos idées ?
R. — Oui.
D. — Vous ne comprenez pas bien ce que je vous demande ?
Pas de réponse.
D. — Vous avez envie de dormir ?
R. — Oui.

Pas d'idées délirantes d'aucune sorte. Les réponses sont arrachés au malade qui répond par monosyllabes le plus souvent avec un certain effort, d'un air indifférent, sans regarder son interlocuteur.

2 *septembre*. — Le malade a un accès d'agitation qui se traduit par des mouvements désordonnés ; il se lève de son lit, déchire son pansement, se fait des égratignures, s'arrache les cheveux ; cela dure environ une demi-heure, au bout de laquelle il retombe dans son indifférence.

D. — Qu'avez-vous fait ?

R. — J'ai arraché mon pansement.
D. — Pourquoi ?
R. — Dans un moment de folie.
D. — Qu'avez-vous eu tout à l'heure ?
R. — Un mouvement nerveux.
D. — Où êtes-vous ici ?
R. — Au soignement.
D. — Quand avez-vous vu votre femme ?
R. — Je ne sais pas (elle est venue le matin même).
D. — Elle n'est pas venue ce matin avec votre petite fille ?
R. — Si.
D. — Comment trouvez-vous votre petite fille ?
R. — Elle est très gentille avec son petit pignon dans les cheveux.

Le malade fait toutes ces réponses avec indifférence et comme négligemment, en fermant les yeux ou en regardant de divers côtés, mais jamais son interlocuteur.

Ponction lombaire : pas de lymphocytose.

4 septembre. — Le malade paraît mieux. Il sait qu'il est dans le service depuis 6 jours.

D. — A quoi pensez-vous ?
R. — A des troubles de l'esprit.
D. — Quels sont ces troubles ?
R. — J'ai de la peine à ramasser les idées. J'ai des troubles dans la mémoire.

On constate de l'albumine dans les urines.

21 septembre. — Depuis le 4, à plusieurs reprises il a des périodes d'agitations comme la première notée ; dans une de ces périodes, il arrache de nouveau le pansement et on constate que la plaie est presque guérie. L'état physique reste le même, sauf que l'amaigrissement augmente, malgré les 3 litres de lait que prend le malade et le repos au lit. Dans l'intervalle de ces accès d'agitation qu'il désigne lui-même comme « crises de folie », il semble amélioré, donnant avec précision des détails sur son passé.

Il vient d'avoir un accès d'agitation, et, cette fois, il est bien éveillé et demande, « Qu'est-ce que vous écrivez là ? » en nous regardant écrire. Il raconte que tout à l'heure il était excité et s'est cogné la tête. Pourtant on lui demande :

D. — Quel métier faisiez-vous ?
R. — Je ne sais pas. Tribun rue des J..., 46.
D. — Depuis combien de temps en êtes-vous parti ?
R. — Il y a lontemps.
D. — Savez-vous où vous êtes ici ?
R. — Bien placé.
D. — Comment cela s'appelle-t-il ici ?
R. — Je ne sais pas.

A ce moment, 10 heures sonnent. Le malade dit entendre sonner et lit bien 10 heures à la montre qu'on lui présente.

23 septembre. — Le malade est repesé : P. 40 kilos.

29 octobre. — L'état resté le même jusqu'alors s'aggrave. Il prend diffici-

lement son lait. Il n'y a toujours pas de fièvre. Le pouls faiblit. Injection d'huile camphrée.

3 novembre. — Mort. Autopsie refusée.

Il y a ici de la stupidité avec accès d'agitation, sans délire, état somatique grave et terminaison mortelle par cachexie, qui me paraissent pouvoir être rapportés à une infection plutôt qu'à une intoxication; mais cela n'est pas sûr, je le répète. D'ailleurs, entre les deux, il y a des liens étroits.

Démence infectieuse. — Le délire infectieux que je vais maintenant rapporter a eu une autre terminaison, à savoir la démence.

Q..., Auguste, 35 ans, estompeur (1).

Entré à Bicêtre le 23 mai 1891.

Antécédents héréditaires. — (Renseignements fournis par son frère.)

Père mort à 42 ans, d'une affection cardiaque. Mère bien portante.

Deux enfants : 1° garçon de trente-neuf ans, bien portant; 2° Auguste, notre malade.

Antécédents personnels. — Absolument rien à signaler dans son enfance et sa jeunesse. Il a fait neuf mois de service militaire. Il y a cinq ans, il aurait eu la syphilis (plaques muqueuses dans la gorge, alopécie, éruptions cutanées, etc. ?) ; la même année, dans une rixe, a fait une chute sur la tête.

Il n'aurait jamais eu d'habitudes alcooliques, d'après ce qu'affirme formellement son frère; n'est pas marié, vit avec une femme, est bon ouvrier (estompeur) et n'aurait jamais été malade; il avait pris à partir de la trentième année un certain embonpoint.

Dans le mois d'avril 1891, il aurait fait des excès sexuels, au dire de son frère qui y rattache la maladie; il avait passé un mois entier chez sa maîtresse, en ayant eu la possibilité par suite de circonstances particulières, tandis qu'il ne faisait habituellement qu'aller la voir. Il commençait à maigrir, à être énervé, s'emportait facilement, mais, dit son frère, ne faisait pas abus de boissons ; il dormait fort mal. C'est le 7 mai 1891, pour la première fois, qu'il s'est plaint d'être mal à son aise; il était plus loquace qu'à son habitude et avait l'air inquiet; néanmoins a continué à fréquenter l'atelier jusqu'au 19.

Il a été voir un médecin le 7.

Le dimanche 17, il a été très gai, puis s'est mis à pleurer sans motif. Depuis quelque temps déjà il se plaignait d'avoir mal à la gorge, aussi le lundi il s'achète des pastilles Géraudel. Le lendemain, il se plaint toujours de la gorge, il se sent les jambes lourdes et il craint de tomber malade, il éprouve des sensations désagréables dans l'abdomen. Le jeudi 21, il va se promener avec sa maîtresse; il ne peut dîner ; il rentre chez lui en criant : « Je meurs, j'étouffe, un médecin.»

Chez lui, il continue à se montrer très excité, il demande un chirurgien, disant qu'il avait un abcès au cou, qu'il avait très mal à la gorge, que le

(1) Une partie de cette observation figure dans mon travail : *La confusion mentale primitive.* — Annales médico-psychologiques, Sept.-Octobre 1892.

sang l'étouffait. Voyant qu'on ne l'écoutait pas, il s'est emparé d'un tire-bouton avec lequel il s'est fait une légère blessure au cou.

C'est alors qu'on l'a conduit au Dépôt, puis à Sainte-Anne et, vingt-quatre heures après, à Bicêtre.

État à l'entrée (*23 mai 1891*). — Le malade offre un tel état d'excitation intellectuelle qu'il n'est pas possible d'obtenir de lui le moindre renseignement. Il parle à voix basse et d'une façon indistincte, il fait avec ses mains des mouvements coordonnés qui paraissent être des mouvements professionnels. Physionomie égarée. Placé en cellule, le malade ne reste pas un instant en place; de temps à autre, il s'approche du mur et paraît entendre des voix et voir des personnes auxquelles il répond, mais il est impossible de saisir le sens de ses paroles. Les mots qui reviennent le plus souvent sont ceux de « copahu, M. Murat, non, je ne veux pas. » Il ne veut pas rester dans son lit, qu'il bouleverse continuellement.

Mai. — A la fièvre depuis son entrée; les 25, 26 et 27, comme il a près de 39°, le matin, on lui applique le drap mouillé. Pupille gauche très contractée, presque punctiforme, pupille droite moyennement dilatée; toutes deux réagissent normalement à la lumière et s'accommodent aux distances. Œdème des membres inférieurs, il urine souvent dans son lit.

On ne trouve rien au cœur ni aux poumons.

Plusieurs fois on a noté que les paroles s'associent par assonnances (1).

Tremblement fibrillaire des muscles des lèvres, pas de trouble appréciable de la parole, pas de trouble de la motilité, pas de signes de paralysie ou de spasme quelconque, sensibilité à la piqûre émoussée.

Pendant plusieurs jours, le malade se refuse à toucher aux aliments solides; il boit du lait, du vin, du bouillon.

Juin. — Cet état a duré jusqu'à la mi-juin sans changer de caractère : il a maigri considérablement depuis son entrée. La fièvre, depuis le 1er juin, ne dépasse pas 38°, 5 le soir. Le malade est perdu dans son rêve (2) : il n'est pos-

(1) Paroles prononcées par Q... le 29 mai de 1 h. 15 à 2 heures de l'après-midi. « Ah ! nous sommes en retard (grimpe sur la fenêtre. Descend de la fenêtre, se frotte les mains en dansant et veut m'embrasser).

Zéro... estropié... salut... bon... ah ! je suis rasé. Oui, oui, c'est ça. Nous avons l'honneur. Veux-tu le savon, il est bon le parapluie... Ha... oui, demain matin, après l'aiguille pas de piqûre, attends.... cassez le bout... battu, content, ficelle, épatant la mère Durand c'qu'elle l'avait grand... Turlutu, chapeau pointu, coton écru.. Henri quatre.

Il en faut quatre, trois, deux, un et un partout, tout cru ha ! le client... à la vapeur... Il n'y en avait qui étaient ouvertes... bon cœur... pratique... navigue (marchant sur le matelas) ça ne plie pas comme le jambon, je suis d'aplomb. Je suis aux poids et mesures...Trois épiciers pourriture... ces lentilles d'abord, épinards après... moulin à vent... vat... Comme un vieux soldat, la musique il n'y a pas de danger, c'est couvert ... va-s-y... chocolat... court court... pantalon... pied au cul... fil écru, coton bas de laine... pas d'erreur... aiguille... angélique la putain... vermicelle, oseille.... ma mère est marchande de couleur, elle voulait en vendre,... chauffe le chocolat, c'est bon du râpé... moule d'acier vase de cuivre... ça commence à sentir... tu ne diras rien, c'est une aiguille perdue... mais non..... c'est des pommes... ah ! Bagnolet. tout seul... ça y est... vendu ».

(2) Il est impossible, on le comprend facilement, de donner une description plus exacte de son état intellectuel, puisque le malade ne dit que quelques mots incohérents et qu'on ne peut obtenir de réponse.

sible de fixer son attention que pour un instant ; il ne répond d'ailleurs rien aux questions; il reste couché ou se promène dans sa cellule; il fait souvent des gestes incohérents ou il essaye de grimper aux murs capitonnés de la cellule; on saisit par ses paroles qu'il croit construire une maison ; d'autres fois, il répète continuellement avec ses mains les gestes que font les estompeurs. Il y a des moments où il est très agité, il a démoli sa cellule à plusieurs reprises. A partir de cette époque, l'excitation a été interrompue de temps en temps par quelques heures de demi-lucidité, pendant lesquelles le malade répondait assez bien aux questions, se rendant compte vaguement du lieu où il était, en même temps que de son état maladif. Dort la nuit pendant plusieurs heures.

Juillet. — On note des alternatives d'agitation et de dépression ; dans ce dernier état, le malade est relativement lucide, mais c'est toujours l'excitation intellectuelle incohérente qui domine. A diverses reprises, a déchiré le capitonnage de sa cellule. — Il n'y a plus de fièvre.

Août. — Est resté une fois trois jours dans son lit sans bouger; il a arraché aussi le capitonnage. Il est plus calme ; il reste sur un banc dans la cour sans bouger, ou debout, faisant des gestes automatiques, souvent de son métier, avec les mains ; il répète des mots sans suite : plusieurs fois, à la visite, il a été noté qu'il répétait plusieurs fois de suite avec effort un même mot en le dénaturant, par exemple ainsi: Brillant, bayant, boyant, billant, etc. Il a le masque hébété et indifférent. Il se laisse conduire docilement.

Œdème des pieds et de la partie inférieure des jambes; mains froides et cyanosées.

Septembre. — Même état.

Octobre. — Le malade est beaucoup plus calme, mais il paraît indifférent à tout ce qui se passe autour de lui. Il ne parle jamais que quand on l'interroge et ne répond guère que des monosyllabes. Il n'a aucune notion du temps depuis lequel il est à Bicêtre et ne paraît se souvenir de rien. Il ne sait pas pourquoi ni comment il y est venu. Mauvaise tenue.

Janvier 1892. — Actuellement, et cela dure depuis déjà plusieurs mois, Q..., mange très bien : il a du reste engraissé d'une façon notable après avoir maigri dans les premiers jours qui ont suivi son internement.

L'état de ses pupilles est absolument le même qu'à son entrée : pupille gauche punctiforme mais contractile.

Pas d'embarras de la parole.

La force musculaire est assez bien conservée.

Les mains sont froides et cyanosées.

Avril 1892. — Q... est très tranquille ; il aide à laver la vaisselle, il se croit à Sainte-Anne, il ne sait pas qu'il a été malade, il ne se rappelle pas depuis combien de temps il est dans le service; il croit cependant que c'est depuis six ou sept ans. Reconnaît mal le médecin et le surveillant qu'il voit pourtant tous les jours et qu'il prend pour d'autres.

Sait le mois, mais se croit en 1890. Il se plaint, quand on le lui demande, de lourdeur de la tête et de perte de mémoire : il se sent la tête faible et il dit sa vue affaiblie ; les calculs qu'on lui fait faire le fatiguent. Il corrige lui-même les fautes de calcul qu'il commet; il écrit correctement sous la dictée.

Il se rappelle avec peine la date de sa naissance, mais donne des détails qui

paraissent précis sur différentes circonstances de sa vie et sur son métier. Il reconnaît bien son frère quand celui-ci vient le voir.

Il a toujours l'inégalité et le rétrécissement pupillaires. — Aucun symptôme de paralysie générale.

Mange bien, dort bien, reconnaît mal son lit quand il se lève la nuit pour aller aux cabinets. — Urine d'ailleurs, comme depuis son entrée, de temps en temps au lit. Embonpoint notable, aspect florissant, air indifférent. Ne s'occupe à rien, sauf à laver la vaisselle.

Mai 1892. — Même état intellectuel. Pourtant aspect extérieur plus éveillé, travaille mieux; il a une tâche un peu plus compliquée dans les salles, ne peut donner aucun renseignement sur son délire qu'il ignore complètement.

Urine encore quelquefois au lit. A encore engraissé.

Poids. —	3 juin 1891	57kil,500
	17 —	54 kil.
	20 décembre 1891	64 kil.
	20 mai 1892	74kil,500

Asymétrie faciale; voûte palatine irrégulière et profonde; dents inégales, mal plantées; crâne très petit mais régulier. Les testicules sont normaux comme dimensions, mais pas comme siège; car ils sont aux anneaux qui permettent chacun l'introduction de trois doigts; le scrotum est vide.

Dans l'observation ci-dessus, les renseignements que j'avais s'arrêtaient à la date de mai 1892. A cette date, il y avait amélioration (relative) et on pouvait encore espérer la guérison de Q... Quelque temps après, Q... sortit de Bicêtre. Il y rentra en novembre et je le retrouvai les années suivantes dans le même état à peu près où je l'avais laissé en mai 1892; je noterai tout spécialement que Q... a continué à faire avec ses mains les gestes de l'estompeur qu'il faisait à cette date, chose que j'avais négligé d'indiquer dans mon observation primitive. Cet état était devenu franchement de la démence, et cette démence était stationnaire, puisque, en 1899, le docteur Séglas, qui avait pris le service, put constater les mêmes signes. C'est d'après ses notes, qu'il a eu l'amabilité de me communiquer, que je résume la fin de l'observation.

Q..., n'est pas désorienté, car il sait qu'il se trouve à Bicêtre. Il sait la date de sa naissance — 22 novembre 1856 — mais pas l'année actuelle. Il sait son numéro de tirage au sort, la profession de ses parents, de divers membres de sa famille, les domiciles, rues, etc.

Il reconnaît les médecins, le personnel, bien que les ayant baptisés d'un nom de fantaisie ou appartenant à des personnes connues autrefois (1). Faits

(1) Q... m'appelait toujours M. Berger.

anciens conservés : l'École polytechnique est la première école du monde.

Troubles vaso-moteurs des extrémités.

Gestes stéréotypés (ces mêmes gestes d'estompeur).

Mutilations (j'ai négligé d'indiquer dans la première observation que Q..., porte aux mains des mutilations dues à des accidents antérieurs).

Langage incohérent lorsqu'il est abandonné à lui-même.

Répond aux questions.

Comprend la valeur des mots.

Quelques phrases de langage réflexe.

Diction naturelle.

Conservation de la forme grammaticale.

6 avril 1901. — (Note du docteur Nageotte.)

Effondrement syphilitique récent du nez. Les pupilles sont petites, égales, et présentent le signe d'Argyll Robertson complet. Tremblement de la face. On constate un accroc de la parole caractéristique de la méningo-encéphalite.

11 avril. — (Note du docteur Nageotte.)

Ni tremblement, ni accrocs. Ponction lombaire : lymphocytose abondante.

27 avril. — Pupilles inégales; la gauche est très petite ; signe d'Argill. Perforation du voile du palais.

Janvier 1902. — La démence est complète. Q... comprend ce qu'on lui dit, mais ses réponses ne sont généralement qu'une suite de mots incompréhensibles. Toute la journée, quelque position qu'il occupe, qu'on essaie de lui parler ou non, il accomplit son ancien geste professionnel d'estompeur et agite l'un ou l'autre de ses doigts. Signe d'Argyll. Aucun accroc de la parole depuis celui qui a été constaté en 1901 une fois.

Janvier 1909. — Je revois le malade; il est constamment alité, gâteux, il marmotte des paroles incompréhensibles ; c'est la démence profonde.

Cette observation mérite d'être commentée. La première partie m'avait servi à rétablir l'existence de la confusion mentale de Delasiauve, qui comprenait les différentes espèces stupides, correspondant aux types cliniques où l'on peut rencontrer la confusion et la stupidité. J'en avais cherché l'origine, avec réserve, dans une angine dont le malade s'était plaint au début. Mais j'avais éliminé l'influence de la syphilis, qui me paraissait trop ancienne (5 ans). Faut-il donc considérer ce cas comme un délire infectieux banal versé dans la démence et compliqué tardivement, au bout de dix ans, de syphilis nerveuse (lymphocytose) et de gommes, ou, au contraire, est-ce un *délire infectieux syphilitique* (1), comme on en a récemment décrit, terminé par la démence syphilitique, mais celle-ci ayant une allure spéciale, puisque le signe d'Argyll n'est apparu qu'au bout de 10 ans ? La fièvre intense du début exclut la syphilis cérébrale d'emblée et ne

(1) Régis *Précis*, p. 531.

permet non plus de faire de la démence terminale une paralysie générale. Je pencherais vers la deuxième hypothèse comme plus simple, quoique déjà compliquée. Cette démence syphilitique simple secondaire est une méningo-encéphalite, puisqu'il y a lymphocytose; mais il y a des délires infectieux banals qui se terminent aussi par la démence; il est probable qu'il s'agit là de formes décrites dans ma monographie sur la confusion sous le nom de confusion à forme méningitique, dont les lésions sont devenues irréparables.

En mettant à part la stupidité, l'incohérence avec excitation et l'agitation de la période de délire, les symptômes les plus intéressants présentés par Q..., sont ceux de la période démentielle, l'indifférence contrastant avec une conservation intellectuelle relative et les gestes stéréotypés. Je crois que certains aliénistes n'hésiteraient pas, à cause de ces signes, à ranger ce cas dans la démence précoce type Kraepelin ; Régis fait de celle-ci une confusion mentale chronique. Je ne partage pas cette manière de voir, car les cas de démence précoce de ce type que j'ai vus n'ont jamais présenté un début à allure nettement infectieuse comme celui-ci, ni de vraie confusion mentale. La stupeur du dément précoce, je l'ai assez montré à la sémiologie, n'est pas de la stupidité, n'est pas de la confusion. — Aussi je m'en tiens à ce diagnostic : délire infectieux terminé par la démence, quelle qu'en soit la cause véritable. D'ailleurs, la notion de la démence consécutive aux infections est courante dans le public et la fièvre typhoïde jouit à cet égard d'une fâcheuse réputation.

Les auteurs ont divisé les délires infectieux en délire du début, du milieu, de la fin de l'infection, et quelques-uns ont confondu aussi sous cette dénomination les délires de la convalescence. Je considère que la division ci-dessus est artificielle, mais que les délires de la convalescence doivent être compris sous le nom de délire d'épuisement ou de confusion mentale primitive avec ceux qui naissent sous l'influence de toutes les causes d'épuisement : je reviendrai sur ce point au chapitre suivant. Je résumerai en conséquence les faits comme je les comprends ainsi qu'il suit :

Exposé général.

Le délire infectieux est un délire dont le *délire fébrile* n'est qu'un cas particulier, et qui est lié directement à l'infection. Les déséquilibrés et les névropathes ont plus de chance de délirer

sous l'influence de l'infection que d'autres, de même que les alcoolisables sont des « détraqués ».

Signes physiques. — Très importants. Ceux des affections causales en particulier : fièvre typhoïde, grippe, rhumatisme, pneumonie, variole, érysipèle, etc. Je n'y comprends pas la *rage qui a une allure spéciale* (voyez plus bas). Mais on doit y comprendre les infections chirurgicales (1) (c'est l'infection de Dupuytren) et puerpérale. Le délire des accouchées n'est d'ailleurs pas un, car il peut être soit du délire infectieux (voyez plus haut, p. 332) soit simplement, quoique beaucoup plus rarement, un délire d'épuisement. Dans un certain nombre de cas, l'affection somatique est difficile à diagnostiquer, mais existe toujours et s'accompagne d'état gastrique, de fièvre quelquefois très peu intense, et le plus souvent d'albumine et de signes du côté du système nerveux; il peut y avoir encore des convulsions épileptiformes et état de mal avec hyperthermie.

Signes psychiques. — *Ordinairement* délire de rêve avec confusion sous-jacente, plus rarement sans confusion. Parfois confusion seule dans les formes prolongées. Il peut s'y joindre une grande agitation avec incohérence, des stéréotypies. Il y a des cas où il y a seulement un certain degré d'incohérence avec agitation ou bien où il y a stupeur avec catalepsie (tout comme dans la catatonie). C'est Lasègue qui a vu cela le premier dans un article très curieux et parfaitement oublié; mais il n'avait pas pour les cas qu'il a décrits donné le diagnostic de délire *infectieux* (2). Très souvent dans ce délire de rêve, il y a des visions de morts, de revenants, etc., avec teinte de cauchemar désagréable et peurs. Souvent aussi, par moments, reconnaissance de l'état pathologique par le malade lui-même.

Évolution. — Le délire a une évolution parallèle ou relativement parallèle à l'évolution de l'infection, par conséquent peut durer de quelques jours à plusieurs semaines.

Terminaisons. — Guérison. — Mort. — Démence plus ou moins profonde.

Suites. — Perte plus ou moins complète du souvenir de l'accès.

Reliquat de délire de rêve. — Comme après le délire alcoolique (voyez plus haut).

(1) Voyez la thèse de Mme Margoliès : *Troubles psychiques consécutifs aux opérations pratiquées sur l'appareil génital de la femme*. Thèse de Paris, 1898.

(2) Voyez p. 212 en note.

Diagnostic. — Avec tous les types où il y a délire de rêve et confusion. Mais la constatation des signes physiques, surtout de la fièvre, vient lever les doutes. Cependant, dans les cas où les signes physiques sont peu nets et en l'absence des commémoratifs, il est parfois difficile de distinguer le délire infectieux des délires d'intoxication alcoolique et d'auto-intoxication (d'autant plus que ceux-ci sont encore peu délimités), et du délire d'épuisement dont quelques formes traînantes peuvent peut-être être rapprochées des précédents.

Traitement. — Somatique, celui de l'infection causale.

Traitement symptomatique de l'excitation et agitation : bains prolongés, bains froids comme dans la fièvre typhoïde.

Rage. — La description schématique précédente ne s'applique pas à la rage qui, outre les signes physiques spéciaux, spasme du pharynx et période terminale de paralysie, ne présente pas de confusion ni de délire (sauf tout à fait exceptionnellement) et est essentiellement caractérisée par le changement de caractère, les sautes brusques de l'humeur, les impulsions et l'hyperesthésie psychique et sensorielle pouvant aller jusqu'aux hallucinations.

Troubles des infections chroniques. — Il y aurait peut-être intérêt à parler des troubles mentaux qui accompagnent les infections chroniques, par exemple de la satisfaction, de l'*optimisme* pathologique bien connu des tuberculeux. Je ne fais qu'indiquer ce dernier, qui n'a qu'une importance pratique minime bien qu'heureux pour le malade.

CHAPITRE IV

DÉLIRE D'ÉPUISEMENT, CONFUSION MENTALE PRIMITIVE

SOMMAIRE. — Un exemple très typique. Confusion et délire de rêve. État physique de dénutrition. Causes nettes d'épuisement : privations, préoccupations graves. Toutes les causes d'épuisement : les infections (*après elles*), l'accouchement, les nombreux accès d'épilepsie, les privations, l'inanition peuvent amener cet état. Peut-être est-ce une auto-intoxication. Relations avec la neurasthénie. Il vaut mieux appeler ce type délire d'épuisement et réserver le mot confusion pour le syndrome.
Exposé général.

Je n ai pas à entrer ici dans les considérations historiques ni dans les discussions que soulève la confusion mentale, qui fut victime des théories(1). Mais pour fixer les idées, je donnerai d'abord en entier une observation qui me paraît très typique, dont j'ai déjà présenté des fragments dans l'introduction et à la sémiologie.

Loy..., 28 ans, dessinateur, entré à Bicêtre le 14 mars 1906, sorti le 29 mai 1906. Entré de nouveau le 25 septembre, sorti le 1er février 1907.

Antécédents (fournis par le malade lui-même). — Père et mère très nerveux. Le père mort par accident (suicide nié par le malade); mère morte de pneumonie infectieuse. Un frère mort de méningite tuberculeuse; une sœur morte quelques jours après la naissance. Pas d'autres renseignements.

Le malade n'a eu ni crises de nerfs ni chorée. Il aurait peut-être eu des convulsions étant petit (?); tout enfant, alors il avait 13 ans, il aurait subi des privations : lui et sa famille auraient été dans la misère noire. Rêvasse tout éveillé depuis l'âge de 15 ou 16 ans. Toujours sombre et concentré. Bonne instruction. Élève de Bernard-Palissy et de Germain-Pilon. Privations et déboires depuis un long temps avant son entrée.

Sa concierge, qui s'intéresse à lui, le considère comme habituellement normal. Depuis quatre mois, grosses pertes d'argent, privations; trouve difficilement du travail. La concierge dit que le 4 mars il sort à 2 heures ayant mal à la tête; il ne rentre pas de deux jours. En revenant, courbaturé, il raconte qu'il a été dévalisé. Il va se coucher jusqu'à sept heures du soir; il sort, et rentre à minuit à peu près bien. Puis le mal de tête le reprend, il divague, il voit des apaches, il parle dans un téléphone imaginaire. Le matin, à 6 heures

(1) On trouvera tout cela dans mon livre : *La confusion mentale primitive*, Paris, 1895. Asselin et Houzeau, éditeurs.

il sort; il est ramassé par la police et envoyé à l'infirmerie du Dépôt le 10 mars et à Bicêtre le 14.

15 mars. — Le malade a les vêtements en désordre. Il est pâle et maigre; il se laisse conduire par les infirmiers jusqu'à sa chaise, sans résistance, l'air égaré et stupide. Il regarde vaguement à droite et à gauche. Impossible de fixer son attention et d'obtenir une réponse.

Température normale. Rien dans les urines. Poids 62 kilos 500. Point d'autres signes physiques.

Quelques jours après, l'aspect est le même, mais le malade répond, quoique lentement et péniblement. Il a visiblement l'air de chercher à rassembler ses idées. Il ne sait pas où il se trouve, ni ce qui lui est arrivé; il reconnaît les objets, mais a de la peine à fixer son attention sur eux.

27 mars. — « Je commence à reprendre conscience. Je me rappelle que je m'étais promené pour équilibrer la rotation de la terre, parce que je suis d'un poids minime... J'étais le Christ par une révélation subite dont je ne me rends pas bien compte (il a des sentiments religieux moyens, comme tout le monde, dit-il); je me voyais persécuté, j'étais le Christ faisant la police de sûreté, j'étais comme dans une sorte de rêve. » Il dit qu'il a eu de fortes privations et manqué de nourriture avant cet accès de folie. Depuis qu'il est ici, il rêvasse; il vient de découvrir dans la journée un sous-main extraordinaire sur lequel il ne peut donner de détails; il les a oubliés.

31 mars. — Le visage souriant, le malade a repris bon aspect. « Je vais beaucoup mieux, mais il y a des moments encore où je ne peux accorder deux idées ensemble. Pourtant, maintenant, je retrouve bien mes idées; ça devient plus net maintenant. »

Les jours suivants, l'amélioration continue. Le malade paraît guéri dans le courant d'avril. Sortie d'essai le 8 mai, puis le 17 de trois jours pour chercher de l'ouvrage. Sortie le 29 mai. Le malade avait gagné 8 kilos. Le traitement avait consisté en repos absolu au lit avec suralimentation, puis douches froides très courtes.

Deuxième entrée le 25 septembre.

Renseignements (fournis par la concierge.)

Le malade, après sa première sortie, n'a pas trouvé le travail sur lequel il comptait. Il prend ses repas au restaurant, aidé pécuniairement par un parent, mais il est triste et préocupé d'être sans ouvrage. Depuis huit jours, le malade reste couché une grande partie de la journée; il rit par moments sans motifs, refuse de manger le matin. Le 19 au soir, il prétend voir un esprit dans sa chambre; le 20 il se promène dans sa chambre; il ne dort pas et siffle des airs toute la nuit. Le 21, il sort et est pris par la police qui le mène à l'infirmerie du Dépôt.

26 septembre. — L... est moins troublé que la première fois. Il reconnaît les lieux et le médecin, mais avoue qu'il n'a pas ses idées. Il a maigri, perdu deux kilos depuis sa sortie et a très mauvaise mine. Il raconte péniblement les bribes de son nouveau rêve.

9 octobre. — L... a repris, dit-il, connaissance complète de lui-même. Il raconte à l'interne du service, M. Debré, les souvenirs de sa dernière fugue. Il a erré, sans savoir dans quels quartiers il passait ; il y a des choses vagues ayant l'air d'un rêve et d'autres qui lui semblent vraies. Il a d'ailleurs, à

la demande de M. Debré, rédigé ainsi qu'il suit un de ses souvenirs : « Un jour, j'ignore lequel, je me trouve sur une sorte d'avenue, un pont de chemin de fer, dessous un petit chemin de fer Decauville, des barrières en bois, à gauche la route barrée par des travaux, défilé continuel de tombereaux, secousses et soulèvement partiel de la chaussée, dus sans doute à un violent courant électrique. Départ, route sombre, viaduc, départ de nouveau, route noire, rond-point éclairé, du monde vivant, quatre hommes, causerie chacun de son côté, route noire, gens cachés au bord d'une palissade, un homme arrive, conversation, route ensemble, nous visitons un marché avec des tables comme dans un réfectoire, rond-point, plusieurs routes. Des hommes cachés. Rues de village, lequel ? Une grille de tramways, choses extraordinaires, un factionnaire blafard comme un pierrot, un mannequin peut-être, se tient devant sa guérite. Au loin, une sorte de phare s'allume et s'éteint alternativement faisant sans doute des signaux. Brusquement, d'un creux de la grille sort une bande de papier pendue à une cordelette comme un cordon de sonnette, je le fais remarquer à quelqu'un en uniforme, il me répond : bizarre. En effet ça remue encore. Des voitures passent soudain, un gros œuf cassé paraît sur le pavé; tout le monde regarde, puis la chose se transforme au point de disparaître presque entièrement. Nous fermons la grille qui ne tient presque pas. Départ comme en patrouille, arrivée dans un local. Causerie, départ, autre local, beaucoup de monde, de nouveau départ en voiture, ça se gâte, je maintiens l'homme de droite qui veut me faire un mauvais parti. Arrivée. Petite pièce bizarre, murs se transformant dans un coin, grille par terre, grands couloirs. Beaucoup de monde, encore voiture, arrivée ici. »

Il ajoute un souvenir qui, prétend-il, remonte à plusieurs mois, un an peut-être : « Il existe à Paris, sur un quai non loin du boulevard du Palais, pour préciser sur le quai gauche regardant le quartier latin, il existe, dis-je, un poste de pompiers donnant en façade sur le fleuve et bordant une petite rue sur la droite. Le hasard m'ayant conduit un matin au cours de mes courses dans ce quartier à l'heure où les pompiers se livrent au nettoyage, un fait curieux attira mon attention. Le mur donnant sur la petite rue était percé d'une petite porte avec plusieurs marches ; devant, une grande baie ouverte sur la façade permettrait de voir la disposition de l'intérieur. Là pas de porte ni l'ombre d'un escalier, sauf au fond. Croyant être le jouet d'une illusion, je revins sur mes pas, tirant un carnet de ma poche, je fis un croquis de la face extérieure, puis revint la comparer avec l'intérieur, aucun doute n'était possible; les deux faces du mur ne correspondaient pas. »

Il croit, dit-il à l'interne, que pendant la dernière période troublée, des voix lui disaient des choses encourageantes. « C'est difficile à reproduire. C'étaient des faits immédiats ou de petits accidents immédiats, je pensai que c'étaient des personnes qui suivent la conversation, je ne suis pas très sûr que ce soient des personnes me parlant. » Dans un restaurant, le malade remet une pièce fausse au garçon, en faisant remarquer qu'elle est fausse. Le garçon la met dans son gousset. Le malade a pensé que si ce garçon a pris une pièce fausse, c'est que celui-ci a l'habitude d'en donner aux clients, etc.

L... croit avoir trouvé un goût bizarre aux aliments, avoir senti de mauvaises odeurs. Il croit avoir senti des influences particulières par l'électricité. Il a senti un courant électrique dans le plancher de sa chambre. Il remarque sponta-

nément que ce ne peut être qu'une illusion, car c'est absurde. Cependant il sentait des secousses, des tressaillements du carrelage. « Je pense que c'était de la nervosité. » Depuis qu'il est à Bicêtre, il n'a rien senti de tout cela, sauf un frémissement dans les jambes.

Les jours suivants, amélioration progressive. Le traitement a été le même que précédemment. Mais, cette fois-ci, le malade consent à rester un laps de temps assez long avant de sortir. On l'occupe au ménage dans le service.

1er janvier 1907. — Raconte que depuis quelques jours il a des rêves étranges la nuit. D'ailleurs, il est tout à fait bien. A engraissé énormément puisqu'il a passé de 62 kilos 500 à 73 kilos 500.

23 janvier. — Exeat. Depuis, guérison maintenue. L... est revenu nous voir plusieurs fois.

Ceci est bien le type du délire d'épuisement (ou confusion mentale primitive) consécutif à une cause bien nette de dénutrition, puisque à deux reprises L... est tombé dans une confusion intense qui a été, la première fois, pendant quelques jours de la vraie stupidité. A cette confusion s'est mêlé du délire de rêve tout à fait typique et la deuxième fois il a raconté une histoire rétrospective qui est bien un faux souvenir dont l'origine est le rêve (cette histoire de la porte dans un mur dont les deux faces ne correspondaient pas). Dans d'autres cas il s'ajoute à cette confusion et à ce rêve une excitation (incohérente) parfois très grande, avec ou sans agitation, qui dans le cas actuel s'est bornée à quelques manifestations peu intenses avant l'entrée du malade, mais qui ont amené ses internements. L'état physique, chez L... était marqué seulement par un grand amaigrissement consécutif aux privations endurées à deux reprises. Les renseignements donnés par la concierge de L... ne permettent pas de reconnaître la période prodromique qui existe généralement. La durée a été courte, mais elle peut être beaucoup plus longue, jusqu'à plusieurs mois et même un an et plus.

Toutes les causes dites d'épuisement peuvent amener cet état : infections *après* la période infectieuse proprement dite (qui, elle, ne donne lieu qu'au délire infectieux), accouchement, par l'épuisement dû à la douleur ou à la perte de sang, surmenage (courses de bicyclettes) (1), nombreux accès d'épilepsie (voyez plus bas), privations, inanition, etc. Quel en est le mécanisme? Peut-être dans tous les cas est-ce une « auto-intoxication »? Cela est fort possible, d'autant plus que le froid ou le coup de chaleur peuvent

(1) J'ai déjà signalé « l'ivresse sportive » qui peut être envisagée comme auto-intoxication aussi bien que comme « épuisement. »

donner lieu à des troubles très analogues (voyez plus haut). Le traumatisme, choc physique ou émotionnel, donne aussi des états de confusion, comme nous le verrons plus loin, si bien qu'on en arrive à penser que la confusion (primitive) est un syndrome qui, pouvant apparaître sous tant d'influences diverses, y compris les intoxications et les infections, doit toujours dans le fond correspondre à une modification cellulaire spéciale, à peu près toujours la même, les réactions de l'économie étant au total peu variées. Quant à savoir quelle est cette modification, nous ne sommes pas encore assez avancés pour cela. Néanmoins il importe, je crois, de distinguer les différentes affections où se rencontre ce syndrome, car le traitement n'est pas le même pour toutes.

Il y a des relations étroites entre le délire d'épuisement et la neurasthésie acquise, qui est un épuisement chronique à la suite de l'action, le plus souvent prolongée, d'une même cause surtout de l'émotion répétée.

Remarque. — Il m'a paru préférable de réserver le mot de confusion uniquement pour le syndrome et d'employer le nom de délire d'épuisement (sans impliquer par là une pathogénie tout à fait déterminée) pour l'ensemble pathologique tant mental que somatique. On y gagnera plus de clarté. J'avais, dans mon livre sur la confusion mentale primitive, compris sous ce nom certains cas de délire traumatique (émotion ou choc physique) et même infectieux. Il me paraît préférable de les décrire à part pour plus de précision, sous leur nom étiologique. En résumé, je ferai la description d'ensemble suivante :

Exposé général.

Le délire d'épuisement est un trouble mental essentiellement caractérisé par de la confusion pouvant s'accompagner de délire de rêve, d'excitation intellectuelle, d'agitation ou de stupidité avec phénomènes cataleptiques (plus rares) et d'un état physique de dénutrition plus ou moins marqué, suivant l'origine de l'affection. C'est, en somme, à peu près une « neurasthénie psychique » suraiguë.

Toutes les causes d'épuisement peuvent l'amener : infections (je répète : *après* elles), accouchement, allaitement, hémorragies, surmenage, inanition, etc.

Période prodromique. — Excitation ou dépression, inquiétude, irritabilité, cauchemars; céphalée, insomnie, inappétence, douleurs erratiques, fatigue, etc.

Signes physiques. — Le *syndrome de l'épuisement* au grand complet (dans les cas types) : Affaiblissement général, fatigue, épuisement, dénutrition, amaigrissement quelquefois considérable, pâleur et sécheresse des téguments.

Dans certains cas fièvre légère ou hypothermie. Pouls petit, dépressible, irrégulier parfois, amoindrissement des bruits du cœur, circulation périphérique ralentie, refroidissement et bleuissement des extrémités, même œdèmes.

Quelquefois albuminurie légère. Toxicité urinaire augmentée (?).

Troubles digestifs : langue saburrale, dilatation de l'estomac, ballonnement du ventre, constipation, plus rarement diarrhée ou gâtisme.

Pupilles dilatées, parfois inégales et variables. Assez rarement périodes de catalepsie avec stupeur plus ou moins marquée. Insomnie, rêvasseries, délire nocturne.

Signes mentaux. — Le *syndrome confusion* : mimique de l'égarement, de la stupidité; le malade jette autour de lui des regards ahuris, interrogateurs; il est docile, affaissé, atone, sans volonté. Il a une demi-reconnaissance de son état; il s'efforce de répondre aux questions; il y répond lentement, péniblement, à voix basse, incomplètement; les réponses montrent le ralentissement, l'incertitude, la confusion des idées, la difficulté de la mémoire, l'affaiblissement du jugement, l'impossibilité ou la grande difficulté du travail intellectuel même simple; le malade ne sait même plus bien ce qu'il est; il est désorienté dans le temps et le monde extérieur; il reconnaît avec peine son entourage, sa chambre, ses affaires, les objets qu'on lui présente. L'attention est pénible. Les mouvements sont lents et difficiles.

Sur cet état fondamental peuvent apparaître et s'entremêler à doses variables d'autres syndromes et symptômes qui en modifient l'aspect :

Le *délire de rêve*, généralement visuel, kaléidoscopique, entraînant peu ou pas de réactions émotives, d'ailleurs essentiellement variables.

L'*excitation intellectuelle incohérente* (à cause du fond sous-jacent), avec bavardage ininterrompu.

L'*agitation motrice incohérente* plus ou moins en rapport avec le rêve.

La *stupidité* peut aussi être pendant quelques jours ou tout le temps prédominante et complète. Elle s'accompagne parfois de catalepsie. Le fonctionnement intellectuel est presque aboli.

Formes. — Suivant la prédominance de tel ou tel des syndromes ou symptômes précédents on a les formes :

Simple (le cas cité plus haut comme exemple du syndrome confusion, p. 224);

Stupide (voyez au syndrome stupidité le cas de Me..., p. 218);

Délirante (le cas de Loy..., p. 258);

Agitée (Q..., atteint de délire infectieux, en présentait tout le tableau, avec la fièvre intense en plus, voyez p. 350).

Durée. — De quelques jours à quelques mois, et même une année ou plus.

Évolution. — Lente, parfois avec rémission. — Récidive possible.

Complications. — Escarres. — Furonculose. — Pneumonie. — Tuberculose.

Terminaisons. — Guérison, avec perte plus ou moins complète du souvenir, quelquefois avec *reliquat de délire de rêve* (comme dans l'observation de Bo..., p. 310); état de neurasthénie plus ou moins prolongé.

Mort par cachexie; avec aspect de délire aigu (?); par complication.

Démence ressemblant beaucoup à la démence infectieuse (voyez plus haut).

Diagnostic. — Avec les délires toxiques, infectieux, épileptiques, traumatiques.

Ce diagnostic est parfois très difficile, car les symptômes mentaux différenciels importants peuvent manquer.

Avec la paralysie générale et les autres démences. — Ce sont les signes physiques, la ponction lombaire et les commémoratifs qui sont les éléments les plus importants pour ce diagnostic.

Avec la mélancolie avec stupeur. — Surtout la mimique, l'émotion triste et le délire.

Avec le délire systématisé aigu. — Systématisation, pas d'aspect de délire de rêve, mimique.

Avec le délire hallucinatoire. — Celui-ci me paraît être un cas limite (voyez plus bas).

Avec l'hallucinose : — Il n'y a ni confusion ni rêve.

Avec la folie hystérique, aractère particulier (voyez à Hystérie).

Traitement. — Alitement.

Alimentation reconstituante et lactée.

Traitement des symptômes.

Traitement moral *au déclin* de l'affection. Rééducation de l'orientation et de la mémoire.

Surveiller la convalescence (rechutes).

Il est préférable, quand il n'y a pas d'indication formelle, soit venant de l'affection, soit tenant à l'entourage ou à la situation du malade, de faire le traitement à domicile, afin d'empêcher la désorientation de s'accroître par le changement de milieu.

CHAPITRE V

DÉLIRE HALLUCINATOIRE (1).

SOMMAIRE. — C'est un syndrome, mais qui constitue dans des cas rares tout le type clinique. Voisin du délire d'épuisement, dont il serait une forme spéciale sans confusion. N'est pas la même chose que l' « hallucinose ».

C'est évidemment un syndrome, comme je l'ai dit au chapitre qui en traite. On a signalé son apparition sous l'influence des mêmes causes que la confusion primitive. Je serais tenté d'admettre que c'est un délire d'épuisement, mais où le malade réagit exceptionnellement par de l'excitation des centres sensoriels, plutôt que par la confusion qui est réduite à son minimum, tout comme dans le délire alcoolique moyen et le cas de délire grippal que j'ai cité plus haut (p. 339). Aussi, comme j'en ai donné un exemple à propos du *syndrome délire hallucinatoire*, je n'en ferai pas ici de description spéciale, d'autant plus que c'est un type clinique rare. La durée est assez courte et l'évolution favorable. Le diagnostic peut être difficile et on sera surtout tenté de le prendre pour du délire alcoolique. Mais l'étiologie et l'absence des signes spéciaux dus à l'alcool peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Il ne devra pas être confondu avec ces états récemment décrits sous le nom « d'*hallucinose* » où il n'y a ni délire abstrait, ni rêve, et dont je parlerai au chapitre des types d'attente. Le traitement, très analogue à celui de la confusion mentale, consistera surtout à tâcher de calmer l'excitabilité par le repos au lit, la suralimentation, les bains, les hypnotiques.

(1) FARNARIER, *La psychose hallucinatoire aiguë*. Thèse de Paris, 1897.

CHAPITRE VI

TRAUMATISME. CHOC ÉMOTIONNEL.

Sommaire. — *Traumatisme.* — Types assez disparates. Une observation de délire incohérent traumatique suivi de perte du souvenir. Une observation plus complexe où il y a d'abord choc émotionnel, puis choc physique : confusion et neurasthénie, idées de suicide. Rappel d'un cas de perte de souvenir après pendaison. Un exemple de démence traumatique chez un épileptique. Ainsi, délire incohérent, coma, confusion, pertes variées des souvenirs, démence, neurasthénie, ou hystérie, déséquilibre mental, folie morale, voire même épilepsie ou migraine peuvent suivre le traumatisme. Pseudo-paralysie générale traumatique. Hybrides. Types occasionnels. Description schématique impossible. Diagnostic difficile sans renseignements. Pronostic difficile.

Choc émotionnel. — Souvent lié au traumatisme, mais peut se présenter à part. Semble donner comme types cliniques surtout la neurasthénie et l'hystérie. Prédisposition. Peut-on rattacher directement ces types au choc ? Un exemple spécial de stupeur qui semble bien liée au choc, chez un névropathe.

Traumatisme.

Si les troubles mentaux toxiques et infectieux se montrent, dans la très grande majorité des cas, sous des formes assez typiques, les traumatismes (comme les auto-intoxications) ne donnent pas toujours au clinicien la même satisfaction, même en restreignant strictement leur domaine aux troubles qui les suivent immédiatement, et même en cherchant à découvrir la pathogénie exacte de ceux-ci. Aussi ne fournirai-je que quelques exemples.

Voici d'abord une auto-observation que j'ai pu recueillir, grâce à l'obligeance de M. André Collin, interne des hôpitaux, de la bouche même de la personne à qui était arrivé l'accident, M. Vor...

Délire(?) traumatique avec excitation incohérente. — Le ... juin 1897. — « Au cours d'une promenade en voiture, le cheval, lancé très vite, manqua des quatre pieds et je fus précipité environ à 3 mètres au-devant de la tête de l'animal. Je tombai sur la partie droite du corps, la tête ayant porté la première sur la partie droite du front et sur la joue droite.

« La perte de connaissance fut immédiate au dire des témoins ; j'ai appris par la suite que le cheval se releva, me piétina, et que la voiture me passa sur la jambe.

« Les témoins m'apprirent d'autre part que je restai deux heures évanoui chez un marchand de vins, puis que je prononçai quelques mots sans suite dont je n'ai gardé aucun souvenir et que, malgré les remontrances qui me furent faites, je voulus au bout de peu de temps remonter en voiture et repartir.

« Je refis la route qui me ramenait chez moi sans aucun souvenir du chemin parcouru, long de 10 kilomètres environ et assez accidenté. Il paraît, puisqu'aucun accident nouveau n'est survenu, que je conduisais bien mon cheval, très vif et encore très apeuré.

« A deux kilomètres de chez moi, je rencontrai un domestique de la maison revenant à pied et je lui offris, paraît-il, une place dans la voiture. Voyant mon trouble, il me proposa de conduire, mais je refusai. Il me rappela ces détails par la suite et me dit qu'il fut surpris tout le long de la route de l'incohérence de mes propos et néanmoins de la précision avec laquelle je guidais mon cheval dans une route très passagère.

« Sitôt rentré, on me fit coucher, malgré ma résistance et mon besoin d'activité qui me sollicitait à retourner faire une promenade à cheval.

« A 7 h. 1/2 je me levai pour dîner; je commençais à me reconnaître. Ayant conservé le souvenir du moment qui précéda immédiatement ma chute, et même de la réflexion que je fis : « Cette fois-ci je vais avoir un accident mortel », je ne fus pas étonné du pansement que je portais. A la fin du repas, je récupérai tout à fait mes facultés. Mais je ressentais une très grande fatigue qui persista et qui m'obligea à garder le lit les deux jours suivants.

« Quant à la période écoulée entre la réflexion ci-dessus et le moment où je me levai pour le dîner, elle reste complètement en dehors de mes souvenirs. Les détails que j'ai rapportés m'ont été donnés par les différents témoins de l'accident, par ceux qui m'ont vu sur la route et chez moi. »

Ce cas est très typique. Il y a eu évidemment après la perte de connaissance du premier moment un certain degré de confusion avec excitation, mais conservation automatique de la faculté de conduire. Le trouble très court se termina brusquement et fut suivi de perte du souvenir. C'est une tranche de vie enlevée de la « conscience personnelle » de M. Vor...

Le malade suivant est beaucoup plus complexe.

Confusion mentale traumatique. Choc émotionnel; névropathie ; suicide.

Que... Eug. âgé de 23 ans, serrurier, vient à la consultation de la Salpêtrière le 15 octobre 1910, amené par une parente. Il a l'air soucieux et un peu égaré; l'aspect à part cela ne dénote rien d'anormal. A l'interrogatoire, il répond mal, il a l'air réticent et sa tante ayant dit qu'il avait fait deux tentatives de suicide, il a l'air ennuyé et prétend ne rien se rappeler; invité à raconter ce qu'il sait de ce qui lui est arrivé, il le fait avec beaucoup d'hésitation et en ayant l'air de chercher péniblement à rassembler ses souvenirs. Son récit est très embrouillé et très vague. Sa parente affirme qu'il a perdu la mémoire et qu'il ne sait plus bien ce qu'il fait; mais elle fait elle-même un récit tellement peu précis des événements qu'il est impossible de savoir exactement la nature

de l'affection présentée par son neveu, d'autant plus que celui-ci avoue se sentir malade de la tête et être venu en pleine connaissance de cause pour prendre une consultation.

Le 17 octobre il est revu. Il dit se mieux souvenir de ce qui lui est arrivé, et il raconte la succession des faits, mais en faisant de très grands efforts de mémoire qui n'empêchent pas que la reconstitution qu'il donne, bien que plus précise que la première fois, soit inexacte et même contradictoire, comme on le voit en la comparant aux renseignements, enfin complets, de la tante. Il se rappelle qu'après l'annonce de la mort de sa mère qui lui a été faite en avril, alors qu'il était à M..., maréchal des logis dans un régiment d'artillerie, il a éprouvé un choc à l'estomac à la suite duquel il a été énervé, agité; il est entré à l'hôpital militaire où il a été traité pour dyspepsie neurasthénique; il était hanté par le souvenir de sa mère; puis, revenu à Paris, ensuite à P... chez son père, dans la maison où était morte sa mère, il a fait une tentative de suicide avec son revolver qu'on lui a arraché des mains. Il ne dit pas très exactement ce qu'il a fait après, mais il continue à être agité, énervé, avec insomnie, jusqu'au moment où il repart pour M... afin d'être désarmé fin septembre. — Il revient à P..., et là il fait une nouvelle tentative de suicide dont il ne sait que ce qu'on lui a dit, dont il ne se rappelle rien, pas plus les circonstances préliminaires que les suites. Il sait seulement qu'il s'est retrouvé à l'hôpital de Saint-Germain. Il ne conserve qu'un souvenir vague de la fin de son séjour dans celui-ci. Il y a environ huit jours qu'il en est sorti pour venir habiter Paris chez une tante.

Il se plaint d'avoir perdu la mémoire, ce qui est exact, et de ne plus bien se retrouver dans bien des choses. Il craint de rester dans cet état. Ainsi il ne peut se rappeler les noms ni les figures de ses collègues, les sous-officiers de son régiment; il sait bien que la succession des événements telle qu'il nous l'a racontée n'est qu'approximative et c'est avec peine qu'il est parvenu à nous la donner telle quelle. Cependant, la scène où on lui a appris la mort de sa mère est très présente à son esprit. Il a remarqué que ces temps derniers, jouant au billard, il n'arrivait pas à compter les points et il croyait souvent que son partenaire jouait avec sa propre bille. Le malade sait le jour et le mois, et l'année, mais il se croit le 8 au lieu du 17. Cependant il retient facilement pour un moment des séries de chiffres et l'épreuve dite de Ziehen est bonne; il récite aussi à peu près textuellement des phrases relatant des faits divers.

Sa tante nous donne des renseignements importants. D'abord une autre tante (une sœur de la mère) s'est suicidée à cinquante-quatre ans. La mère du malade est morte d'un cancer. Le jeune homme, très nerveux et émotif, mais intelligent et instruit, avait une très bonne mémoire. Il aimait beaucoup sa mère qui le gâtait. Depuis avril jusqu'à sa dernière tentative de suicide, il était triste et nerveux, ne tenant pas en place, mais il avait toute sa mémoire et aucun des troubles actuels. La dernière tentative a été faite à P... (non à Paris) avec une canne à épée que le malade s'est enfoncée de 12 centimètres dans la poitrine. Il est resté deux heures sans connaissance. Puis il fut transporté à l'hopital de Saint-Germain où il est resté trois semaines, plus troublé que maintenant. A sa sortie, le médecin consulté le considérait comme tout à fait fou et bon à envoyer à Sainte-Anne.

Le 19, il a meilleure physionomie. Plus gai et plus ouvert, il se félicite d'aller

mieux ; il dit que la mémoire lui revient, qu'il retrouve les noms de ses camarades du régiment. On lui donne un traitement. On ne le revoit que le 10 novembre. Il se plaint d'être retombé, de ne pas dormir, d'avoir des cafards, d'avoir des idées de suicide par crainte de rester dans cet état, de plus pouvoir rien faire. Sa tante nous apprend que cette rechute est apparue à la suite d'ennuis que lui cause la situation de son père, abandonné par sa femme de ménage et désormais seul à la campagne. Effectivement, le malade très affecté se demande toute la journée ce que son père va devenir. Il est tout découragé et hanté par les idées de suicide. Il dit être retombé comme la première fois ; on l'engage à entrer à Bicêtre.

2 décembre. — Le malade revient. Il n'a pas voulu entrer à Bicêtre ; il a essayé de travailler, mais il ne se rappelait pas ce que ses patrons lui commandaient. Il ne se rappelle pas bien quand il est venu pour la dernière fois et il dit toujours n'avoir plus de mémoire. Toujours hanté par l'idée du suicide. On lui conseilla de nouveau d'entrer à Bicêtre pour se faire soigner. Le malade n'a plus donné de ses nouvelles et n'est pas entré à Bicêtre. Sa famille, très faible vis-à-vis de lui et peu intelligente, n'était pas capable de l'y décider.

Donc, chez ce jeune homme, prédisposé par son émotivité antérieure et par son hérédité (suicide), il y a d'abord un choc moral qui amène un état de névropathie au cours duquel il tente de se suicider. La deuxième tentative de suicide avec choc physique amène une perte de connaissance, suivie de confusion mentale très nette, puisque j'en ai encore constaté les traces, avec perte des souvenirs remontant avant le choc (antérograde), perte du pouvoir actuel d'acquisition et diminution de la capacité d'attention. Cet état disparaissait très lentement, mais était entretenu par la préoccupation du malade et le manque de soins intelligents ; c'était, en somme, de la neurasthénie, mais avec idées de suicide.

Je rappelle à cette occasion l'observation de Gil... (p. 97) qui à la suite d'une pendaison, eut de la perte des souvenirs, comblée en partie par une fausse réminiscence.

Voici maintenant l'observation très résumée d'un malade qui est tombé dans la démence à la suite d'un violent traumatisme cranien avec fracture du crâne.

Démence traumatique. — Sau...T., est un épileptique aux crises pas très fréquentes (une moyenne de 7 à 8 par mois), avec quelques paroxysmes psychiques caractérisés par de l'agitation très marquée pendant quelques jours. Ancien comptable chez un architecte, et ayant conservé toute son intelligence, il était, depuis son entrée en 1892, dans le service des épileptiques de Bicêtre, employé aux écritures du service et au ménage du surveillant. Il s'acquittait fort bien de ces tâches. En 1897, à la suite d'une querelle avec un épileptique très violent, il reçut de celui-ci un coup de bâton qui détermina une fracture

du crâne et une vaste plaie. Celle-ci suppura pendant quatre mois avec élimination d'esquilles. A sa sortie de l'infirmerie il n'était plus le même et était devenu incapable d'exécuter les mêmes travaux que précédemment; il ne trouvait plus ses mots et avait perdu la mémoire; bref il était devenu dément.

Quand je le vis pour la première fois, en 1898, on pouvait constater une cicatrice profonde du cuir chevelu dans la région occipitale. Aucune trace de paralysie ni de lésion nerveuse, sauf une dilatation énorme de la pupille gauche, complètement insensible à la lumière, sans lésion du fond de l'œil; l'état démentiel profond n'a pas permis de déterminer si l'acuité visuelle était diminuée, mais le malade ne paraissait nullement gêné dans ses mouvements.

Sau..., reste souvent couché et ne s'occupe absolument à rien, sauf à engloutir sa nourriture qu'il prend lui-même; il gâte de temps en temps. Par moments il a des crises d'agitation avec actes de violence; il semble avoir des hallucinations et il lance à la tête des autres malades et des infirmiers ses ustensiles, son assiette ou ses affaires; il est prudent de ne pas l'interroger ces jours-là. Dans l'intervalle il a, surtout quand on le fait lever, des allures grotesques et bizarres. Sa mimique est très expressive, mais souvent caricaturale; il a une élévation constante des paupières supérieures découvrant le blanc au-dessus de l'iris, ce qui lui donne un aspect étrange (œil du fou). Quand il marche, il fait de grandes enjambées, allant en chemise et nu-pieds aux cabinets, ou pour se précipiter à table. On est obligé de l'habiller, de le guider, bien qu'il reconnaisse sa salle et son lit. Il ne comprend pas généralement les questions qu'on lui adresse et ne répond que quelques mots incohérents; il reconnaît les objets usuels, comme on le voit à la manière dont il les prend et les manie. Il n'a pas d'aphasie proprement dite, car il nomme un grand nombre de ces objets; il écrit d'une façon tout à fait démentielle son nom et des mots qu'on lui dicte, faisant des fioritures et écrivant ces mots dans un coin de la page sans aucune direction, les lettres courant les unes après les autres comme elles peuvent. En somme, démence extrême, très rapidement installée d'après les renseignements que j'ai eus.

Il y a chez ce malade très certainement une lésion fort grossière du cerveau, suite de ce traumatisme. Il est bien évident que cette lésion n'est pas comparable à celles plus fines qui peuvent se séparer, et il n'est pas étonnant que la déchéance soit irrémédiable et profonde. Elle a été rapide, tandis que la démence épileptique s'installe beaucoup plus lentement.

Ainsi donc les troubles mentaux du traumatisme peuvent être du *délire incohérent*, de la *confusion*, de la *démence*. Cette confusion peut constituer une sorte d'état second, très ressemblant aussi à certains délires épileptiques, et se terminer brusquement, avec, comme conséquence, la perte du souvenir de l'accès, ou au contraire se terminer lentement et entraîner une perte du souvenir moins tranchée. On peut aussi avoir seulement le *coma* (car il faut faire entrer le *coma* parmi les troubles mentaux traumati-

ques importants), parfois d'une durée infiniment courte, pouvant être suivi d'une *perte de souvenir* « rétrograde », s'étendant aux circonstances mêmes qui ont précédé l'accident, ou « antérograde », ou encore « rétro-antérograde » suivant les cas (voyez au chap. Mémoire, p. 95). Mais ce n'est pas tout : les états de *neurasthénie* et *d'hystérie traumatiques*, qui avaient été très étudiés, en particulier par Charcot, sont plus fréquents que jamais avec la loi sur les accidents du travail et, bien que la *simulation* y ait une grande part, on ne peut nier qu'ils existent, tant la neurasthénie que l'hystérie. On a mentionné des états de *névropathie*, de *déséquilibre mental*, de *folie morale* développés à la suite de traumatisme, c'est-à-dire ces états peu classables que nous sommes pourtant bien cliniquement obligés d'admettre. Enfin la *migraine*, comme j'en ai vu un cas, et *l'épilepsie*, peuvent aussi se manifester. On a même décrit des cas de *paralysie générale traumatique*, qui n'est bien entendu qu'une « pseudo », à moins que ce ne soit une véritable P. G. développée à *l'occasion* du traumatisme. Il n'est pas, après tout, étonnant que le traumatisme puisse produire par lui-même, non compris les circonstances où il n'est qu'une cause provocatrice et ceux où le trouble est hybride, que le traumatisme, dis-je, puisse produire tant d'états d'apparences différentes, puisque chaque traumatisme diffère en intensité, direction, mécanisme et, par suite, en lésions. Aussi est-il difficile de faire une description schématique et de savoir, sauf pour les cas de confusion plus ou moins hallucinatoire et quelques autres types, liés soit à une lésion délimitée comme l'épilepsie, soit à un état de fatigue chronique du système nerveux, ce qui appartient en propre aux types traumatiques, et ce qui appartient aux types développés à *l'occasion* de ce traumatisme ou aux *hybrides*. De plus, le traumatisme s'accompagne souvent de *choc émotionnel* qui renforce l'action du choc physique. Enfin la difficulté augmente encore si l'on considère les *troubles éloignés* du traumatisme. Cela explique que le *diagnostic* soit souvent impossible à faire en l'absence de commémoratifs et que le *pronostic* ne puisse guère être établi sinon par la marche même du trouble, lorsqu'on a pu suivre l'évolution un certain temps. Quant au *traitement*, il est purement symptomatique.

Choc émotionnel.

A côté du traumatisme physique, on peut décrire un traumatisme moral (qui peut, comme je l'ai dit, compliquer aussi le choc phychique) dont les conséquences mentales sont aussi diverses et entremêlées, si bien qu'une description schématique est impossible. Il semble bien que les types cliniques les plus ordinaires soient surtout la neurasthénie et l'hystérie. Sont-ce des manifestations vraiment liées au choc ou seulement suscitées *occasionnellement* par lui? On peut remarquer en faveur de la première interprétation que neurasthénie et hystérie *paraissent* être liées toutes deux à une « fatigue » des centres nerveux, un « épuisement chronique », et alors on peut dire de ces états ce que j'ai dit à propos de la confusion dans le délire d'épuisement (p. 362). Il faut ajouter que ce sont surtout les chocs répétés, les émotions fréquentes qui amènent la dépression neurasthénique ou l'hystérie. Je crois qu'on peut admettre la neurasthénie et l'hystérie acquises ou faire intervenir la prédisposition (chose très vague); pourtant il est certain, par exemple dans le cas de Eug. Que..., que celle-ci joue un rôle. Ce malade est devenu névropathe, déséquilibré, d'abord à l'annonce de la mort de sa mère, mais il avait toujours été émotif et sa tante s'était suicidée. De telle sorte que, encore plus pour le choc émotionnel que pour le traumatisme physique, il est souvent difficile de décrire un type ou des types « choc émotionnel ». L'observation suivante prête ainsi à discussion, car on peut se demander s'il s'agit d'hystérie ou de stupeur causée vraiment par le choc chez un individu très névropathe (somnambulisme dans l'enfance); pourtant j'ai cru pouvoir la rattacher au choc, et effectivement le malade a guéri spontanément par le repos seul dans le service; les accidents hystériques ont aussi ordinairement besoin pour se dévelepper d'une *incubation* qui paraît avoir manqué. Je ne m'étendrai pas plus longuement sur ce sujet dont je reparlerai brièvement au chap. Hystérie et je relate maintenant cette observation de *stupeur par choc émotionnel* qui me parait intéressante. C'est pour cela que je la donne *in extenso*.

Stupeur par suite de choc émotionnel. — Névropathie. — Bot..., Alfred François, 30 ans, employé de bureau, entré à Bicêtre le 9 novembre 1909.

Renseignements fournis par la femme.

En avril 1903, le malade souffrait de l'estomac. Digestions difficiles;

oppression ; douleurs de la gorge, constipation. Grand amaigrissement.

Somnambulisme dans l'enfance.

Service militaire dans l'infanterie.

Pas d'accès antérieurs. Pas d'antécédents héréditaires.

Le malade est employé de bureau. Le 21 octobre au soir, le malade a très peu mangé; vers minuit il s'est réveillé en disant qu'il étouffait et qu'il avait une sensation de strangulation; à 2 heures et demie, nouveau réveil, cette fois avec agitation; mouvements désordonnés, regard fixe. Il a couru après sa femme et descendu l'escalier en criant : « Je vous salue, Marie ». Il était croyant et allait à la messe tous les dimanches. Les agents l'ont arrêté dans la rue. Il en aurait blessé un. A Sainte-Anne, le malade n'a pas reconnu sa femme dans les premières visites; ensuite il paraît l'avoir reconnue, mais ne lui a pas parlé.

On obtient de sa femme des *renseignements supplémentaires.*

Pas d'excès de boisson.

Le malade a été enfant de chœur; puis il chantait à l'église. Il est des Côtes-du-Nord et a été toujours été très religieux.

Depuis sa maladie d'estomac, le malade s'énervait particulièrement, surtout dans les longues conversations. Au cours de sa maladie, il était très déprimé et se croyait poitrinaire; pendant cette période, il avait un tic paraissant dû à une obstruction nasale, et ayant disparu au bout de deux ou trois jours.

Surmenage dans les derniers temps qui ont précédé l'accès. En raison de ses fatigues, le malade dormait mal et son appétit avait diminué. Il déclarait que le téléphone le fatiguait et que, lorsqu'il rentrait le soir, il avait la tête en bouillie.

10 novembre 1909. — Le malade entre à petits pas et un peu saccadés, s'assied et soulève sa casquette.

D. — Vous êtes M. B...?

Pas de réponse.

D. — Votre petit nom?

R. — Alfred..... (après une pause.)

D. — Votre âge?

Pas de réponse. — Le malade tourne la tête et regarde fixement vers la fenêtre comme s'il entendait ou voyait quelque chose.

On lève le bras gauche du malade et on étend son bras droit; il demeure dans cette position, la tête levée, les yeux au plafond; toutefois, il ne reste pas complètement immobile et fait quelques mouvements des mains. Au bout de quelques minutes il abaisse son bras gauche et élève son bras droit, et reste de nouveau ainsi, le poing droit fermé, la main gauche étendue. Cette position n'est d'ailleurs pas absolument constante et par intervalle le malade change un peu celle de ses bras. Au bout de quelques minutes, il les laisse retomber et reste les mains aux genoux, la tête tantôt baissée, tantôt levée vers le plafond avec un aspect de fatigue.

On met au malade toujours assis les deux bras en avant, les mains appuyées l'une à l'autre, et on étend sa jambe droite qu'on élève. Le malade reste ainsi sans bouger; au bout de quelques minutes, il regarde sa jambe, la baisse, puis au moment où elle va toucher le sol, il reprend la position primitive qu'il conserve sans bouger. Par intervalle, il soupire, ferme les yeux puis les rouvre.

Battements de paupières très rapides. Le malade tourne de temps en temps la tête, à droite et à gauche. La position est interrompue par nous au bout de dix minutes environ.

D. — Levez-vous, M. B...

Le malade se lève.

D. — Voulez-vous ôter votre casquette ?

Le malade l'ôte.

D. — Voulez-vous lever le bras droit et ouvrir la bouche?

Il se lève, ouvre la bouche, mais reste ainsi un moment; puis il ferme la bouche pour avaler sa salive, et la rouvre de nouveau. Il respire profondément. Au bout de deux minutes, il ferme la bouche, mais reste le bras en l'air.

D. — Retournez-vous!

Le malade se retourne en gardant le bras levé.

D, — Marchez jusqu'à la chaise. Revenez en arrière sans vous retourner. Le malade obéit, le bras toujours levé.

D. — Pourquoi ne répondez-vous pas? Vous pouvez parler. Quand êtes-vous arrivé ici ?

Pas de réponse.

D. — Répétez ma question.

Pas de réponse.

Sensibilité conservée, mais paraissant diminuée. Pupilles dilatées. Elles réagissent à la lumière, mais après s'être contractées elles se dilatent de nouveau. Aspect complet de stupeur.

Réflexes plutôt forts.

Pouls à 100.

D. — Répétez ce que je vais vous dire : je suis M. B..

Le malade répète.

D. — Quel âge avez-vous? Répétez.

Le malade répète après un silence.

D. — Eh bien! répondez : quel âge avez-vous?

R. — Trente et un ans.

D. — Où êtes-vous né?

R. — A N....

D. — Quel métier faites-vous?

R. — Employé de bureau.

D. — Comment vous portez-vous ?

R. — Bien.

D. — Voyez-vous quelque chose d'extraordinaire ?

R. — Oui; sur ma conscience; je ne puis le dire que devant Dieu.

D. — Avez-vous quelque chose à vous reprocher?

R. — Oui et non.

D. — Est-ce que Dieu vous a apparu?

R. — Non.

D. — Vous a-t-il parlé ?

R. — Non.

D. — Vous a-t-il inspiré?

R. — Oui.

D. — Qu'est-ce qu'il vous a inspiré?

R. — La prière (après un silence.)

D. — Vous a-t-il donné une mission?

R. — Non.

D. — Vous n'êtes pas appelé à être un saint?

R. — Je ne le prétends pas.

D. — Pourquoi la prière?

R. — Parce que je crois en Dieu.

D. — Le diable vous a-t-il tenté?

Pas de réponse.

D. — Qu'est ce qui vous préoccupe en ce moment?

R. — J'ai peur de me tromper.

D. — En quoi faisant?

R. — Par paroles.

D. — Savez-vous où vous êtes?

R. — Dans la maison de Dieu.

D. — Vous êtes marié?

R. — Oui.

D. — Quand avez-vous vu votre femme?

R. — Hier.

D. — Où cela?

R. — Ici même.

D. — Date actuelle?

Pas de réponse.

Pendant tout cet interrogatoire, le malade respire vite, fort et profondément. Le pouls est à 100. A un moment donné, le malade rote et dit : « Pardon. »

D. — Avez vous commis quelque chose que vous n'auriez pas dû ?

R. — Vous connaissez ma pensée.

12 novembre 1909. — Le malade entre d'une façon rapide, salue et s'assied.

D. — Comment ça va aujourd'hui ?

R. — Ça va.

D. — Savez-vous où vous êtes ?

Pas de réponse.

Même attitude cataleptique que l'avant-veille, les bras étendus en avant, la jambe droite étendue et levée. L'épreuve est interrompue par nous au bout de dix minutes. Le malade paraît d'ailleurs se fatiguer plus vite que la dernière fois; dans les cinq dernières minutes, sa jambe tremble, en même temps que son visage se contracte et prend une certaine expression d'effort et de fatigue.

Quand on lui pose des questions, il ne répond rien; il regarde son interlocuteur d'une façon fixe, et ses paupière battent continuellement.

D. — Tirez la langue. Levez le bras droit.

Le malade obéit.

Persistance des attitudes.

D. — Tenez le bras horizontalement en avant. Ecartez les doigts.

Le malade obéit.

D — Mettez votre pouce gauche sur votre nez.

Le malade met d'abord le pouce droit, puis corrige et met le pouce gauche.

On adresse au malade de nombreuses questions qui restent toutes sans réponses.

D. — Enlevez votre veste et votre chemise.

Le malade obéit rapidement; il se rhabille ensuite spontanément et en se dépêchant.

D. — Je vous remercie ; vous pouvez vous retirer.

Le malade cherche sa casquette qu'il ne trouve pas; puis il sort rapidement.

13 novembre 1909. — Répond à la première question tout de suite.

D. — Comment allez-vous?

R. — Bien.

D. — Qu'avez vous mangé ?

R. (après hésitation) — Pain et lait.

Reconnaît sa femme, l'embrasse, mais sans se lever, gardant l'aspect figé et répond difficilement à ses questions :

D. — Veux-tu des confitures ?

R. — Si tu veux.

D. — Veux-tu que Marie vienne te voir ?

R. — Ça m'est égal.

D. — Pourquoi ne me parlais-tu pas dimanche ?

Pas de réponse.

D. — Tu n'es pas fâché avec moi ?

R. — Oh non !

D. — Veux-tu me dire quelque chose à moi seule ?

Pas de réponse.

S'obstine à ne plus rien lui répondre ; aspect indifférent à tout ce qui l'entoure.

Soupire quand sa femme l'embrasse à plusieurs reprises pour partir; mai refuse de l'embrasser. Ne la regarde même pas sortir.

D. — Êtes-vous satisfait d'avoir vu votre femme ?

Pas de réponse.

D. — Vous pouvez vous retirer.

Sort rapidement sans saluer ni regarder personne.

19 novembre 1909.

D. — Comment ça va?

R. — Ça va bien.

D. — Depuis quand êtes-vous ici ?

R. — Neuf, dix jours.

D. — Pourquoi êtes-vous ici?

R. — Parce qu'on m'y a amené. J'ai eu une histoire à C..... que vous connaissez sans doute. J'ai eu peur dans la nuit; j'avais au magasin des chicanes avec un employé; et en sortant du magasin j'ai cru le voir monter dans une auto et j'ai eu peur qu'il aille faire du mal à ma femme et à mon enfant. J'ai essayé de le devancer. Je suis arrivé préoccupé, me suis couché, et n'ai rien voulu dire à ma femme. J'ai voulu dire une prière, mais ma gorge était serrée. Et dans la nuit j'ai été pris d'un serrement à la gorge, je me suis débattu et vous savez le reste.

D. — Vous n'avez pas reconnu votre femme, l'autre jour.

R. — Si, mais j'étais vexé qu'on me conduise ici.

D. — Savez-vous où vous êtes ici ?

R. — Oui, chez des aliénés. Je ne comprends rien à mon cas.

D. — Croyez- vous vraiment que cet homme qui vous poursuivait aît voulu vous faire du mal?

R. — Je ne sais pas. Je me le suis peut-être figuré. Quand j'ai été amené, je ne me figurais pas être chez des aliénés, Et je me rappelle très bien ce que vous m'avez demandé : si je croyais en Dieu, etc. Oui, je suis catholique, et je suis la doctrine du Christ. mais je ne suis pas plus inspiré que les autres.

D. — Vous n'avez jamais été malade?

R. — Non.

D. — Vous ne buviez pas?

R. — Non, jamais.

D. — Depuis quand êtes-vous revenu à votre naturel?

R. — Oh! je ne voulais pas parler, voilà tout!

20 novembre 1909.

D. — Êtes-vous convaincu que ce que vous avez fait était d'un esprit un peu troublé?

R. — Ça provient de la frayeur que j'ai eue.

D. — Mais cette frayeur elle-même n'était-elle pas imaginaire?

R. — J'avais à mon point de vue des raisons de croire que cet homme pouvait m'en vouloir, car il faisait mal son service et je l'avais menacé de le faire renvoyer. Peut-être me suis-je trompé. Je voudrais bien partir, car j'ai peur de perdre ma place.

D. — Buvez-vous?

R. — Non, jamais d'alcool, ni de petit verre. Un verre de vin à chaque repas.

D. — Pas de maladies avant votre internement?

R. — Jamais.

On le met au troisième degré.

D. — Quand je vous ai fait rester les bras étendus, cela vous fatiguait-il?

R. — Non.

D. — Voulez-vous rester en ce moment le bras et la jambe étendus le plus longtemps possible?

L'immobilité n'est pas absolue; le malade parle pendant ce temps et explique qu'il est en très bon état et qu'il se rappelle très bien ce qu'on lui a dit et fait faire aux précédents examens. Il reste à peine cinq minutes le bras et la jambe tendus.

22 novembre 1909. — La femme du malade, qui a vu son mari la veille, raconte que celui-ci lui a donné des détails très précis et très minutieux sur ce qui s'est passé au moment de sa crise et de son arrestation, précisant la place qu'occupaient les gens, les propos tenus par les agents qui l'ont arrêté etc.

Le malade a toujours été d'un tempérament émotif et inquiet.

24 novembre 1909. — Le malade est venu dire au surveillant qu'ayant lu sur le journal que dix cambriolages avaient été accomplis à C..., il craignait que ce soit « une bande organisée, dans un but de vengeance, des francs-maçons. »

25 novembre 1909.

D. — Comment ça va ?

R. — Très bien, je suis très calme.

D. — Êtes-vous rassuré pour votre femme?

R. — Oh oui!

D. — Vous craignez les francs-maçons, je crois?

R. — C'est-à-dire que je ne comprends pas leur théorie; mais je ne les crois pas capables de faire du mal.

D. — Mais voyons, vous avez vu cet homme qui vous en voulait partir en auto?

R. — J'ai cru voir l'auto, et comme il a pris la rue de Villiers, j'ai cru qu'il allait chez moi. Mais j'ai pu me tromper ; et j'ai eu peur dans la nuit.

D. — Vous aviez souvent peur la nuit?

R. — Non; cette nuit-là seulement j'ai eu peur.

D. — Comment expliquez-vous que vous restiez immobile et silencieux quand on vous interrogeait?

R. — Je croyais que vous étiez juge et je ne voulais rien dire, car je croyais que vous aviez mon dossier.

D. — Vous avez dit que vous ne parliez pas parce que vous aviez peur d'accuser quelqu'un.

R. — Oh non! mais je n'avais pas confiance en vous. Je vous croyais des juges et je ne voulais pas parler.

D. — Ce n'est pas Dieu qui vous a défendu de parler?

R. — Non, la religion du Christ dit au contraire d'être aimable et poli.

D. — Vous ne croyez pas avoir perdu la tête?

R. — Pas du tout. J'ai eu seulement une frayeur.

D. — Vous trouvez tout naturel d'être resté immobile?

R. — Oui, vu la façon brutale dont j'ai été amené. J'ai besoin absolument de sortir et d'aller travailler.

16 décembre 1909. — Aspect tout à fait normal. Le malade a engraissé de 10 kilogrammes.

Il raconte qu'au cours de sa période de stupeur, il se rendait compte de ce qui l'entourait. Il obéissait passivement à ce qu'on lui disait, avec cette seule idée qu'il était en punition et que, par suite, il n'avait rien à dire de façon à être sûr de ne pas se tromper. « Du moment que je ne me reprochais rien, je trouvais que je n'avais rien à répondre. »

Lettre du malade B..., en date du 1er décembre 1909, adressée à M. D..., chef de service aux magasins de ..., Paris.

« Hospice de Bicêtre, le 1er décembre 1909.

« Monsieur D...

« Je suis un peu en retard à venir vous donner des nouvelles de ma santé, qui fort heureusement, s'améliore de jour en jour; la cause de ce retard, la voici : j'ai tenu à vous dire à peu près la date à laquelle je serai capable de reprendre mon travail.

« Je pourrais le faire dès maintenant, mais d'après l'avis du médecin, je reste encore comme convalescent, une quinzaine de jours tout au plus. Depuis quinze jours déjà, je ne garde plus le lit; je mange bien; je dors très bien aussi, et j'ai tout à fait confiance que cela va continuer.

« Je me suis ennuyé beaucoup les premiers jours, surtout en songeant que

c'était la police qui m'avait emmené et que, certainement ce fait seul, pouvait produire un mauvais effet auprès de l'administration.

A ce sujet, Monsieur D..., dans le cas où vous auriez été mal renseigné, je me permets de vous dire ce qui m'est arrivé réellement. J'ai dit mal renseigné et avec raison, car mon épouse n'a su que ces jours derniers, les ennuis que j'ai éprouvés, les jours qui ont précédé ma chute définitive.

« La veille que j'ai été emmené c'est-à-dire le 19 octobre, j'ai eu avec M. F..., quelques explications qui m'ont quelque peu contrarié, et je l'ai pris à cœur, parce que j'avais à faire à un homme intelligent, et que, en réalité moi je ne lui voulais que du bien.

« Je me permettais même d'être plus sévère à son égard, car ayant travaillé pendant un an à côté de lui, je le connaissais pour un homme sérieux, et travailleur, je voulais qu'il continue.

« Le jour où vous l'avez désigné pour la vérification, j'ai remarqué beaucoup de nonchalance, ce qui ne me plaisait pas du tout. Comme vous le savez, Monsieur D.... le travail ne m'effrayait pas, mais je voulais que ceux qui se trouvaient sous mes ordres, travaillent consciencieusement aussi.

« Pour en finir, M. F.... m'a déclaré l'après-midi, très nettement, qu'il était fixé sur mes intentions : que j'en voulais à son pain, ce qui n'était pas possible puisque, si vous vous en souvenez quelque temps avant l'augmentation j'avais parlé en sa faveur, en même temps qu'en la faveur de S... et C...

« Donc lui enlever ces idées de la tête n'était pas chose facile et je l'ai considéré comme butté, et même comme ennemi. Le hasard a voulu que le soir en sortant, à l'instant où je montais à bicyclette, j'ai cru remarquer M. F... montant dans une auto-place et suivant la même direction que moi. J'ai donc suivi cette voiture jusqu'à la porte d'A..., et là je gagne du temps, pendant que l'auto restait à l'octroi. Ce qui n'a pas été long, puisque cette même voiture est arrivée à ma hauteur rue du B..., et en arrivant au cimetière de L... la voiture en question s'arrête dans un chemin où les cochers ou conducteurs ne passent jamais en venant remiser ; je suis bien convaincu que ce n'est qu'une coïncidence, mais j'ai été tout de même effrayé, pas pour moi, mais pour mon épouse et mon enfant, et très inquiet le soir, je n'ai pas mangé, mais, sans dire pourquoi. La nuit, j'ai eu une grande frayeur en pensant à ce qui m'était arrivé la veille. Voilà mon histoire, Monsieur D...., excusez-moi, si je suis un peu long, c'est un soulagement pour moi de vous dire la vérité le plus exactement possible.

« Dire que je n'ai pas été malade, ce serait mentir, il y avait longtemps, près d'un an même, que je ne pouvais plus reprendre le dessus au contraire, je savais parfaitement bien que je perdais des forces de plus en plus, mais sans m'en plaindre à personne même pas à mon épouse.

« J'étais donc au moment où l'on m'a emmené, très fatigué, anémié à l'extrême, par suite du long séjour dans les sous-sols.

« Ceux qui m'ont vu la nuit du 19 octobre et qui ne connaissaient pas mes antécédents au point de vue santé, ont dit bien vite : C'est de la folie. J'en étais même un peu contrarié, et puis je me suis remonté le moral. Je savais très bien que ne faisant aucun excès, puisque je n'étais pas un buveur, c'était un peu de patience qu'il me fallait et puis ils pourraient voir que je n'étais pas plus fou qu'eux.

« J'étais mécontent avec M. J..., chef des courses qui à mon avis, avait été chercher la police et, paraît-il ce n'est pas lui mais n'importe qui, il m'a rendu un grand service.

« J'ai été ainsi forcé de me reposer, repos sans lequel je ne pouvais pas me guérir.

« Je vous le répète, je suis tout à fait bien maintenant. Il y a bien longtemps que je n'avais été aussi solide. L'estomac surtout va très bien. J'ai espoir Monsieur D... que vous voudrez bien me laisser faire mon même travail et dans le cas où vous m'auriez remplacé comme chef de groupe, je tiendrais quand même à retourner avec vous. Inutile de vous dire que j'espère bien que vous serez satisfait de mes services, comme par le passé.

« Veuillez recevoir, Monsieur D..., ma meilleure poignée de mains, et l'assurance de mon profond respect.

« Signé : A. B... »

CHAPITRE VII

ÉPILEPSIE (1).

SOMMAIRE. — La classification tranchée des troubles mentaux épileptiques est un peu artificielle.

1° *Troubles permanents*. — Dus à la cause de l'épilepsie. Idiotie, arriération. *Caractère épileptique* : sorte de folie morale très fréquente. Humeur hypocondriaque; fausse hypocondrie.

2° *Troubles liés à l'accès*. — Troubles prémonitoires. Aura. Perte de connaissance. Automatisme psychique de l'accès anormal. Sommeil consécutif. Confusion. Coma de l'état de mal. Troubles consécutifs.

3° *Équivalents psychiques. Délire épileptique*. — Des exemples : stupidité épileptique; délire de persécution épileptique et fugues; délire mystique épileptique ; délire épileptique prolongé.

Exposé général du délire épileptique.

4° *Démence épileptique*. — Démence épileptique simple. Démence épileptique avec ralentissement psychique et moteur, stupidité chronique : c'est la forme caractéristique. Démence infantile avec lésions des faisceaux pyramidaux, type flasque, type spasmodique de Jules Voisin.

Exposé général de la démence épileptique.

5° *Complications*. — *Turbulence infantile*. Appartient-elle exclusivement à l'épilepsie ? Alcoolisme, débilité mentale, folie systématique. Deux exemples de folie systématique, dont un sujet à discussion. Un exemple de démence juvénile chez une épileptique avec aspect de «démence précoce ». Qu'est-ce au juste ? Quels rapports y a-t-il entre la démence précoce vraie de Morel, la folie discordante et l'épilepsie?

Je ne décrirai pas les accès épileptiques convulsifs, normaux ou anormaux, incomplets, avortés, les vertiges et absences que je suppose connus (2), mais seulement les troubles mentaux de l'épilepsie, dite faussement essentielle, puisqu'il y a des lésions. Mais il ne s'agit pas ici d'épilepsie vraiment jacksonienne, ni des

(1) PH. CHASLIN et LOUIS ROUSSEAU, art. Épilepsie, *in Traité des maladies de l'enfance* (de Grancher et Comby), 2e éd., t. IV, p. 242. — JULES VOISIN, *L'Épilepsie*, Paris, 1897.

(2) Consulter : FÉRÉ, *Épilepsie*, Collection Léauté, 1893 ; — CHASLIN et ROUSSEAU, art. cité.

Je donnerai dans la IIIe partie un schéma pour noter les formes de la crise convulsive.

On trouvera des descriptions d'accès dans quelques-unes des observations qui offrent aussi quelques particularités au point de vue de la durée ou de l'âge de l'épilepsie, etc. Je rapporterai en passant un cas curieux d'hérédité épileptique vu à la consultation de la Salpêtrière : le fils, la mère, la tante, la grand'mère étaient atteints d'épilepsie.

épilepsies aiguës, éclampsie, urémie, etc. Il me paraît utile d'employer une classification schématique, qui sépare d'une façon tranchée des troubles mentaux qui ne le sont pas tant que cela ; c'est ainsi, entre autres, que les troubles liés aux accès se confondent souvent avec ceux dits équivalents psychiques de la crise convulsive, indépendante des accès. Car tantôt c'est à la suite d'accès que se déclare le trouble, tantôt des accès le jalonnent ou le terminent. Ces troubles ne se rencontrent pas chez tous les épileptiques. Beaucoup de ces malades peuvent ne présenter que des troubles immédiatement sous la dépendance de l'accès convulsif.

1° Troubles permanents... { Arriération mentale. / Caractère épileptique. / Pseudo-hypocondrie.

2° Troubles liés aux accès :

- Avant................ { Prémonitoires. / Troubles du caractère. / Aura.
- Pendant.............. { Perte de connaissance. / Épilepsie dite ambulatoire et autres épilepsies anormales.
- Après................ { Sommeil. / Stupidité et confusion. / Troubles du caractère consécutifs.

3° Equivalents psychiques ou délires épileptiques.

4° Démence épileptique.

5° Complications.

1° Troubles permanents de l'épilepsie.

Arriération. — Beaucoup d'épileptiques ont des accès dus à des lésions très grossières du cerveau, lésions qui entraînent en même temps l'idiotie ou l'arriération mentale. Quelques-uns sont des hémiplégiques spasmodiques infantiles. Je renvoie au chapitre Arriération pour la description de l'état mental.

Caractère épileptique. — La plupart des épileptiques d'asiles ne sont pas très intelligents, mais ils le sont parfois suffisamment pour qu'une tare intellectuelle spéciale qui les frappe sou-

vent, je veux parler du caractère épileptique, apparaisse de façon à attirer l'attention comme trouble à part.

Mit..., est, dans le service spécial de Bicêtre, un insupportable personnage. Grand et fort, il ne tolère de la part de ses camarades aucune atteinte à ce qu'il considère comme ses droits : lui est tout et les autres rien! Vient-on par hasard à le heurter, même légèrement, il se met dans une violente colère et tombe à coups de poing sur le coupable, fût-ce un idiot ou un vieillard pacifique. Il agonise d'injures ceux qui lui déplaisent, leur envoie des coups de pied et vient se plaindre ensuite des sévices qu'il a soi-disant subis, mentant avec effronterie et détaillant ses misères avec une prolixité intarissable. Ce sont des récriminations et des querelles incessantes. Mais, en revanche, il est aussi mielleux et obséquieux envers ceux dont il attend quelque chose qu'il est insolent avec les autres. C'est très rarement qu'il est de bonne humeur; habituellement il ne décolère pas, sauf quand il combine ses petits stratagèmes pour capter les faveurs d'un malade qui a de l'argent; il cherche à terroriser les idiots et les faibles et à leur extorquer quelque chose. On est obligé de le soumettre à une surveillance incessante et même de temps en temps de l'isoler, car la vie pour les autres malades n'est pas supportable. Quand il revient de cellule, il est poli, convenable, tolérant pendant quelques jours, car il se tient. Mais à bref délai il recommence ses incartades. Il ne s'occupe à rien dans le service; on a été obligé de le renvoyer des différents ateliers où il jetait le trouble soit par son humeur querelleuse, soit par ses refus de travailler, le travail cessant de lui plaire au bout de quelques jours.

C'est là le type du caractère épileptique, espèce de folie morale qui est toujours plus ou moins marquée chez tous les épileptiques en général. Il arrive aussi qu'une certaine religiosité grossière s'y mêle.

Pseudo-hypocondrie. — Beaucoup d'épileptiques ont une humeur d'apparence hypocondriaque. Ils viennent se plaindre fréquemment de douleurs variées ; ils digèrent mal, ont ceci ou cela, etc... Chez quelques-uns, cela remplace presque le caractère épileptique. Il me paraît que cela est dû à des *excitations sensitives*, car l'*épileptique est en réalité un malade permanent avec des paroxysmes*. C'est là l'hypocondrie épileptique qui paraît être une fausse hypocondrie, puisqu'il y a des sensations réelles. C'est analogue à la fausse hypocondrie des neurasthéniques.

2° Troubles liés à l'accès.

Troubles prémonitoires. — Il est inutile de donner des exemples. Chez un certain nombre de malades, quelques jours à quelques heures avant l'accès, l'humeur change. Le malade devient

plus agité ou plus sombre, tâtillon ou méfiant, etc.., ou il a une allure particulière, faisant presque toujours les mêmes choses à chaque accès. De sorte que l'infirmier expérimenté se trouve averti de l'imminence de l'accès convulsif.

Aura. — Immédiatement avant l'accès, ce sont des sensations anormales, hallucinations de divers sens, rêve plus ou moins compliqué, phrases toujours les mêmes, etc., qui amènent la convulsion.

Perte de connaissance. — Automatisme psychique de l'accès anormal. — Dans le vertige, il y a une sensation d'éblouissement ou de vertige ; dans l'absence, la perte de connaissance est de quelques secondes à peine. Le malade suspend ses mouvements ou les continue automatiquement. Dans l'accès, la perte de connaissance dure un peu plus longtemps. Elle peut dans les accès incomplets ou anormaux être remplacée par un état de rêve avec confusion, excitation automatique et agitation, par de l'angoisse plus ou moins « consciente », la terreur ou la colère, etc. Il y a presque toujours perte du souvenir des auras et de l'automatisme psychique de l'accès. On trouvera plus loin la description d'un accès de ce genre. Mais les troubles les plus frappants sont ceux de l'*épilepsie procursive* où l'automatisme revêt un caractère bien coordonné, puisque dans certains cas le malade, tout en courant, évite les obstacles.

Sommeil consécutif. — Confusion. — Coma de l'état de mal. — A la suite de l'accès, beaucoup de malades tombent dans un sommeil profond qui dure de quelques minutes à quelques heures. D'autres ont de la confusion ou de la stupidité. Cela a lieu particulièrement à la suite de nombreux accès : j'en ai donné un exemple tout à fait frappant (p. 218) comme type de stupidité (l'alcoolisme dans ce cas-là a été un puissant adjuvant). On en trouvera un autre plus loin.

Dans l'état de mal, le coma persiste entre les accès et même après, jusqu'à la mort quand elle arrive. S'il y a guérison, le coma fait place graduellement à une confusion qui dure un certain temps.

Troubles du caractère consécutifs. — Ils sont analogues à ceux antérieurs. Mais ils passent insensiblement aux troubles mentaux caractérisés, tout à fait semblables à ceux dits équivalents.

3° Equivalents psychiques, délire épileptique.

Il est impossible de donner une description d'ensemble, car il n'y a rien de plus varié qu'un équivalent psychique. Voici d'abord des échantillons de ces équivalents :

Stupidité épileptique chez un épileptique tardif. — Ast..., 63 ans, entré à Bicêtre le 2 juillet 1905.

Antécédents. — (Renseignements fournis par le malade.) Pére, pas de renseignements. Mère morte à 60 ans (?). Deux sœurs plus âgées dont l'une a eu des accés d'épilepsie depuis l'âge de 50 ans.

A... n'a pas fait de maladies étant enfant; n'a pas eu de convulsions, pas d'accidents. A fait sept ans de service en Afrique (pas de syphilis, pas d'absinthe, pas d'alcool).

A 59 ans a reçu des coups de pied de cheval dans la poitrine.

A 60 ans, début des accés épileptiques par des accés d'automatisme nocturne ambulatoire, comme du « somnambulisme. » Pas de cauchemars, pas de céphalées, pas de secousses. Deux mois aprés, le malade a de vrais accés, accès nocturnes avec morsure de la langue, émission d'urine dans le lit. Pas d'accès psychiques à ce moment, pas de violences. Est soigné chez lui avec du bromure.

Le *1er août 1905*, on note que dans le mois de son entrée il a eu sept accès et deux vertiges constatés. Voici une description d'accès par le veilleur de nuit. Au moment de l'accés, le malade est endormi; l'accés a été précédé pendant dix minutes environ d'un cauchemar où le malade parlait à haute et intelligible voix, avec quelques grognements. Couché sur le dos, la rigidité du corps est peu prononcée, égale des deux côtés; les yeux sont fermés. Le visage n'est pas contracturé. Pas de pâleur de la face. Secousses peu fortes, se bornant aux membres supérieurs. Ronflement assez fort. Une assez grande quantité d'écume sanguinolente s'échappe de la bouche. Le ronflement a duré cinq minutes. Le malade ne se réveille pas. Pas de miction ni autres évacuations. Durée totale : neuf minutes.

17 octobre 1905. — A... a eu hier un accés; un accès et deux vertiges aujourd'hui. S'est légèrement mordu la langue aux deux accés. A la suite de ce dernier accés, le malade reste obnubilé; il interpelle violemment ses voisins de lit et veut les frapper. Se plaint de céphalée violente. Ne sait où il est ni les dates.

Le *18*, A... est moins violent, mais toujours désorienté. Il se croit à l'Ecole militaire, s'informe s'il n'était pas « saoûl » hier. Tout le corps lui fait mal. Il ne sent plus sa tête.

Le *19* au matin, le malade se léve et descend dans la cour sans savoir où il est. Ce n'est que peu à peu qu'il revient à lui.

22 octobre. — Aprés deux accès le 19 et le 20, grande confusion pendant deux jours.

15 novembre et 20 novembre 1905. — Accés de colère contre des malades qu'il frappe brutalement.

31 janvier 1906 — (A partir de cette date, les renseignements sont de mon collègue Nageotte qui a pris le service.) Œdème des membres inférieurs. Pression sanguine 27, 28. Traitement : laxatif quotidien. Purgatif hebdomadaire. Lait.

6 juillet 1906. — Actes de violence.

17 juin 1907. — A eu une série d'accès. Il est complètement désorienté et confus. Il a commencé par être très agité et menaçant. Il a l'air égaré et inquiet. Il regarde autour de lui avec méfiance, il demande pourquoi il est ici, qu'est-ce que c'est que cette salle, qu'est-ce qu'il a fait pour être ici, etc.

Il ignore son prénom, le nom de sa femme; il ignore son âge, la date de sa naissance; il dit qu'il sait qu'il est vieux, mais qu'il ne peut pas préciser; il sait qu'il tombe : « Il paraît que je tombe, » dit-il.

Chez A..., la stupidité profonde paraît consécutive à l'accès. On remarquera qu'il a eu des accès nocturnes ambulatoires, que l'accès noté par le veilleur a été précédé d'un cauchemar, enfin que, malgré la confusion, la violence se manifeste, ce qui est bien comitial. Aussi n'y a-t-il rien de plus *dangereux* qu'un épileptique dit aliéné, soit pour lui, soit pour les autres. Un professeur d'anglais que j'ai eu dans mon service avait assommé son père dans un de ses accès; il ne conservait de cet acte qu'un vague souvenir : il se rappelait seulement que son père lui avait montré des dents extraordinaires, ce qui l'avait saisi de terreur. Un autre de mes malades, dans un accès extrêmement court, s'était entaillé d'un nombre prodigieux de coups de rasoir. Le nombre de plaies est un bon signe médico-légal dans les cas de crime ou de suicide pour reconnaître l'épilepsie.

Délire épileptique avec prédominance de confusion. — Cot... Louis, journalier, entré à Bicêtre le 9 novembre 1901, à l'âge de 20 ans.

Renseignements (fournis par le père.) Père et mère bien portants. La mère est alcoolique. Pas de maladies nerveuses dans la famille. Première crise à l'âge de 11 ans; puis pas de crises jusqu'à 17 ans, où elles reprennent avec fréquence la nuit. Il travaillait d'abord comme broyeur, puis comme cordonnier.

Il entre d'abord à Villejuif en 1900 et est transféré à Bicêtre le 9 novembre 1901.

C'est un garçon robuste, la figure pleine, l'air fort peu intelligent, qui a des accès fréquents, souvent nocturnes, rarement des vertiges, mais surtout des paroxysmes psychiques précédés ou non d'accès convulsifs et durant deux heures à une semaine. Ce qu'il y a de frappant chez lui, c'est la transformation subite de la physionomie au moment de l'accès psychique. Il a les « traits tirés », amaigris, l'air égaré; il ne répond le plus souvent pas aux questions, ou, s'il y répond, c'est avec peine, avec lenteur, en embarbouillant ses paroles, à voix basse et avec effort, dans les moments où il est calme et où on peut fixer relativement son attention; il est désorienté et ne sait ni où il est, ni ce qui lui arrive. Dans les moments d'agitation, il grimpe sur son lit, en sante,

se promène en chemise dans la salle d'isolement et joue volontiers du poing, si on le force à se recoucher, le tout sans mot dire; ou bien à l'agitation se mêle de l'excitation intellectuelle; c'est alors qu'il crie, siffle, rit, chante, parle sans trève. Dans une de ces crises, moins intense, il a écrit plusieurs pages de phrases complètement incohérentes, mais où on ne pouvait trouver trace d'idées délirantes. Une autre fois il a manifesté quelques idées de grandeur; il dit qu'il a reçu les confidences de Napoléon I[er] pour sauver la France, qu'il aura de ce fait beaucoup de « pognon ». Ne paraît pas avoir jamais d'hallucinations ni d'idées hypocondriaques ou mystiques. En somme, c'est avant tout une confusion extrême qui est la caractéristique de ses paroxysmes psychiques, le plus souvent accompagnée d'excitation automatique ou d'agitation; mais tous les accès ne sont pas absolument pareils, contrairement à ce qu'on dit souvent. C... manifeste quelquefois des idées de grandeur. Une autre particularité qu'il présente, ce sont des crises de salivation, « sialorrhée », qui précèdent ou suivent de quelques jours les accès psychiques.

Délire épileptique avec idées de persécution. — Fugues. — Gar... G., charron, 27 ans, entré à Bicêtre le 26 février 1891.

Antécédents. — Le père, âgé de 70 ans, a des calculs de la vessie. Très irritable de caractère.

Mère morte il y a neuf ans à 53 ans, en démence (?) Maltraitée par son mari, était très hypocondriaque. Un grand-père mort à 83 ans, soldat longtemps, avait la médaille militaire. Un oncle très emporté. Un frère de 23 ans bien portant. Une sœur de 28 ans, bien portante, mariée, a deux filles dont l'une a eu des convulsions en naissant.

Le malade fut chétif, mais n'eut aucune maladie aiguë. Il toussait facilement et fut traité à l'huile de foie de morue et au quinquina. Pas de convulsions, pas d'incontinence d'urine. — Longtemps maltraité par son père. Commence à travailler au charronnage dès 12 ans. Toujours sombre de caractère, appelé sournois par son père. A 18 ans, il aurait eu déjà quelques vertiges. Otite moyenne avec suppuration et surdité consécutive de l'oreille, soignée par le docteur Boucheron. Soldat au 2[e] pontonniers à Angers. En faisant un pont de bateaux, il est pris d'un accès, il tombe à l'eau. Retiré, il reste deux jours sans connaissance, un mois à l'hôpital. Réformé, il rentre chez lui. Au bout de quatre mois, nouvel accès. Il vient à Paris; les accès se rapprochent, quelquefois subintrants au nombre de 5, 6 ou 7. Traitement bromuré. L'accès n'était pas précédé d'aura. Le malade tombe sans connaissance sur le côté, ne pousse pas de cri, ne se mord pas toujours la langue. Un quart d'heure d'obnubilation. Puis il se relève et va dormir, conservant pendant quelques jours de la lourdeur de tête et quelques vertiges. Il y a deux ans, il commence l'accès par un cri, écumait et se mordait la langue; accès tous les quinze jours.

Examen somatique. — Facies pâle et fatigué ; le malade est maigre. Oreilles asymétriques, la gauche plus évasée que la droite. Voûte palatine très ogivale. Dents mal implantées, mais en bon état. Apophyses lémuriennes très prononcées. Pli fessier gauche abaissé et moins prononcé que le droit. La pointe du coccyx est redressée en arrière et en haut, formant la limite inférieure d'une sorte de petite valve de un centimètre environ de haut, trace d'un arrêt de développement de la colonne vertébrale et du canal

médullaire. Cette difformité n'empêche pas la station assise, mais au régiment le malade était gêné pour l'équitation. Touffe de poils abondants au niveau du coccyx.

Pas d'éruption sur le corps. A la poitrine, légère matité du sommet droit en avant et en arrière. Rien à l'auscultation. Autres organes normaux. Testicules normaux, mais petits.

Supination impossible, les coudes étant placés le long du corps. Mouvements isolés de la phalangette du pouce difficiles à exécuter.

G... est peu intelligent, indifférent, mais colère. Instruction primaire. Assez bon ouvrier charron.

Années 1891, 1892..... 1898. — Accès peu fréquents, variant de 15 à 30 par an. Traitement bromuré mal accepté et pris très irrégulièrement. — Tous ces renseignements sont empruntés à l'observation qui m'a été transmise par mes collègues Féré et Séglas, mes prédécesseurs dans le service des épileptiques. On n'y relève pas trace que G... aurait eu des accès psychiques.

Du 4 au 13 décembre 1900. — G... a, contrairement à son habitude, huit accès et neuf vertiges; il reste à la suite vague et un peu « perdu »; du 11 au 12, pendant la nuit, il a été agité, on a été obligé de le faire recoucher. Il ne veut pas rester à l'infirmerie; le 12 à midi, il est parti travailler; une heure après il sort (habillé avec des vêtements civils à lui qu'il mettait pour travailler) portant une scie et donnant comme prétexte à la porte qu'il avait à travailler chez son père. Il n'est arrivé chez ce dernier que le 13 au matin et a été ramené par sa belle-sœur. A son retour il raconta qu'il avait passé par l'avenue de Bicêtre, qu'il y avait pris un verre de vin; puis suivi de grandes rues dont il ne se souvenait pas bien. Quant au reste de ses faits et gestes pendant le restant du jour et de la nuit, il n'en subsiste pas trace dans sa mémoire.

19 octobre 1901. — A la visite du matin, le malade est très agité, il profère des menaces contre le chef de service : « On lui a fait prendre la veille un médicament qui lui en a fait rendre long comme le bras. » Il est conduit à la Sûreté. Deux jours après, plus calme.

Le *25 octobre* il fait des excuses au chef de service au sujet des menaces qu'il a proférées, disant qu'il ne l'aurait pas fait si on lui avait dit auparavant que le médicament qu'on lui donnait était destiné à guérir sa maladie. Il est calme, mais pas complètement normal.

Le *28 octobre*, rétabli; travaille. Vague souvenir de son accès.

3 décembre 1901. — Il a eu la veille un accès; n'a pas dormi; le matin il accuse un malade, très calme pourtant, de lui avoir mis une pommade sur la lèvre inférieure. Il va lui faire son affaire, il n'a pas dormi de la nuit, il en a assez, il va lui f... un coup sur la g..., et son pied dans le c... L'accès psychique se termine par un accès convulsif après lequel le malade revient à son état habituel.

Nombreux accès psychiques dans les années suivantes, avec agitation, violences, idées de persécution; une fois, dans la période suivant l'accès, tentative de mutilation, il voulait se couper la verge avec son couteau. Dans un de ces accès, agit comme s'il travaillait dans l'atelier de charron, il va et vient, examine les objets, prend des mesures, etc.

A chacun de ces troubles mentaux la physionomie de G... est changée, il paraît plus maigre que d'habitude, les traits sont tirés, il a l'air préoccupé,

parfois inquiet ou agressif, ou se met en colère en proférant des menaces avec des gestes violents. Si bien qu'on pouvait, avant même de l'interroger, savoir s'il était en état de délire épileptique ou non, rien qu'a sa physionomie. Ces accès ne durent que quelques jours. G... a un vague souvenir des idées délirantes et des actes constituant ces accès.

On remarquera le grand développement des stigmates dits de dégénérescence, auxquels Féré attachait une grande importance; la fugue avec un vague souvenir; les autres accès avec idées de persécution et sans trace de confusion, la tentative de mutilation, l'accès à forme de rêve somnambulique.

Délire épileptique mystique. — Math..., sans profession, 21 ans, entré à Bicêtre le 16 juillet 1897, dans la scction des épileptiques.

Nègre (père blanc), de haute stature, bien musclé, hémiplégie gauche légère, double cataracte légère, physionomie peu intelligente. Niveau mental faible. Epileptique depuis l'âge de 12 ou 13 ans. Depuis qu'il est dans le service, accès et vertiges nombreux. Il commence à avoir des troubles mentaux en 1901. Ils deviennent de plus en plus fréquents. En voici un exemple : le 26 février 1905, après quelques accès rapprochés les jours précédents, le malade change d'allure et de physionomie; il se met fréquemment à genoux, joint les mains et marmotte des prières; le 27, il est agité, on le met au bain prolongé; je le vois dans la baignoire; il n'est nullement confus, il est orienté et reconnaît tout le monde. Il voit Dieu: « c'est dans l'air comme une buée. » « Tenez, dit-il, le voilà qui me regarde! » Je lui demande de me décrire ce qu'il voit, il me répond : « Dieu, c'est la nature! c'est l'air! c'est tout! » Le 28, il est moins agité; mais ses idées mystiques persistent; il a un secret, le secret de la nature qu'il ne peut dévoiler à personne sous peine de bouleversement dans Paris, sa mère et lui sont les seules personnes connaissant « le secret »... Il est puni pour ses fautes de jeunesse, et il faut qu'il ait obtenu son pardon avant le 1er mai. Le 2 mars, il dit qu'il est le remplaçant du Christ. Il demande à travailler. « Il ne faut pas croire que je suis fou, ajoute-t-il, parce que j'ai ces idées-là dans la tête, je sais très bien ce que je dis et ce n'est pas une raison parce que j'ai un secret qu'on doit m'empêcher de travailler. Je ferai un coup de ma tête si on ne veut pas que je retourne à mon travail. » Au bout de quelques jours disparition graduelle du trouble mental. Vague conscience de son accès. J'ai constaté plusieurs accès à peu près semblables comme allure, mais de durée beaucoup plus longue, presque subintrants.

M... est donc un épileptique mystique et, naturellement, avec hallucinations visuelles; on le comparera avec Sauv... (p. 23) qui avait des attitudes extatiques. On doit toujours rechercher l'épilepsie en cas de délire mystique de courte durée.

Délire épileptique prolongé. — Lev..., 25 ans, tailleur, entré à Bicêtre une première fois du 6 au 8 janvier, rentré le 5 février 1904.

Antécédents. — (Fournis par une cousine.)

Père ivrogne et alcoolique, décédé à 47 ans.

Mère, nerveuse, morte à 50 ans de tumeur abdominale.

Une sœur morte de tuberculose à 28 ans.

Un frère très nerveux, marié, avec deux enfants en bonne santé.

Le malade aurait joui d'une bonne santé jusqu'à 10 ans. A cet âge-là, il est jeté à l'eau par son père qui a une crise de délire alcoolique. Le malade était « tout noir » quand on le sortit de l'eau et il resta plus de deux heures avant de revenir à lui. Un mois après, premier accès d'épilepsie. Les accès se succèdent irrégulièrement jusqu'à l'âge de 19 ans. Cessation de 19 à 22 ans. A partir de cet âge ils reprennent et deviennent de plus en plus fréquents, surtout depuis son mariage à 24 ans. Dans ces derniers temps, il avait jusqu'à cinq accès par semaine et quelquefois trois dans la même journée. Il n'aurait jamais eu de troubles mentaux (d'après la femme du malade).

Dans le service, le taux des accès est moins fréquent. On essaye le régime déchloruré.

29 mars. — Changement de physionomie; pupilles extrêmement dilatées; aspect plus pâle et inquiet; il pleure, il veut voir sa femme et supplie qu'on lui écrive n'importe quoi. Il est légèrement égaré et ses idées semblent « floues. »

Le *30*, même état; il présente au surveillant, pour être envoyé à sa femme, du papier et des enveloppes où il n'a rien écrit. La nuit, se lamente : il a peur qu'on ne l'accuse d'avoir frappé un voisin qu'un autre a réellement bousculé.

Le *31*, L..., dit qu'il a vu des cochons sous les lits, qu'il y a des machines électriques et que le dessous des lits est illuminé. Sa femme vient le voir; il veut avoir des rapports avec elle devant tout le monde; il fait des propositions à la surveillante. Très jaloux, il reproche à sa femme de s'être livrée à un infirmier du service (qu'elle ne connaît même pas).

Les jours suivants, continuation de cet état vague, confus et incohérent.

4 mai. — Revenu à l'état normal. Ne paraît avoir qu'un vague souvenir de son état anormal. On le remet au régime ordinaire.

9 novembre. — Le malade, étant au chauffoir, a été frappé à la partie postérieure de la tête par une balle de tennis qui avait traversé un carreau de fenêtre. Pas de plaie, mais le malade, surpris, s'est affalé par terre. On l'amène aussitôt au médecin. L..., est pâle, les pupilles dilatées; il a 88 pulsations, il est effrayé et ne se rend pas bien compte de ce qui lui est arrivé. Pas de troubles intellectuels marqués.

Le lendemain il a un accès convulsif.

A partir de ce moment, il est très troublé, il pleure, il dit qu'on répète ses paroles et ses pensées. Mais il est très vague dans ses explications.

R. — Voulez-vous savoir? Eh bien, c'est parce que dans le chauffoir j'ai reçu une balle, je suis tombé, on dit que c'est l'interne avec son fusil qui tire sur les moineaux.

D. — Croyez-vous qu'on vous guette?

R. — Je ne dirai plus rien. (Il a l'air effrayé.)

D. — De quoi avez-vous peur?

R. — Mais pourquoi la question qu'on répète?

Il a l'attitude hallucinatoire auditive, il pleure et se désole à cause de la question répétée.

D. — Quelle question?

R. — Celle qui fait que je suis tombé.

Impossible d'avoir une explication précise.

15 novembre:

D. — Vous êtes condamné à mort?

R. — Oui, j'en suis sûr.

De nouveau, attitude hallucinatoire.

R. — Je n'ai rien à me reprocher, je ne suis coupable de rien.

Mêmes réponses vagues au sujet de la « question ».

16 novembre:

R. — C'est toujours la question. Je ne sais vraiment pas pourquoi on me fait tout cela.

Il est très confus dans ces idées, bien qu'orienté parfaitement.

17 novembre :

R. — Cette fois, je l'ai vu ce qui se passe à Bicêtre, dans le *Petit Parisien.*

L... regarde autour de lui avec suspicion. Il montre dans le journal un article intitulé « Sépultures militaires », il lit à haute voix; sa voix tremble, il pleure. Après bien des questions on finit par comprendre que dans cet article il croit voir une allusion à son enterrement dans le cimetière de Bagneux.

18 novembre. — L... voit dans un journal illustré un article sur les morts qui en remplacent d'autres dans les cimetières. On finit par comprendre qu'il se croit condamné à mort pour faire l'office de remplaçant. C'est l'Assistance ou le gouvernement qui organise cette entreprise; on l'assassinera en wagon, etc. A l'appui, il montre un autre article sur les morts de Port-Arthur. « C'est à l'Assistance publique qu'on achète les malades pour la veille où l'avant-veille de la Toussaint. » Son délire est flou, il n'arrive pas à le préciser, mais il a l'air effrayé et il pleure, et quand on lui fait remarquer que la Toussaint est passée, il ne répond rien, mais se désole.

21 novembre. — Il croit qu'on fait des expériences sur lui et sur les autres malades.

Les jours suivants, continuation des mêmes idées vagues, émises toujours avec incertitude et difficulté. Il y a des moments où il est plus calme, tranquille et d'autres où il pleure et se désole.

3 décembre. — Croit toujours qu'on va le tuer, mais sans donner des explications comme précédemment.

Il interprète dans le sens de son délire les propos des malades. Un de ceux-ci a vu en rêve Deibler et l'a raconté à L... que ça a renforcé dans ses craintes.

L... croit avoir entendu la nuit une machine électrique qui « donne la chaleur dans la salle. »

7 décembre. — Je veux le faire déshabiller pour examiner sa peau. Il pâlit extrêmement et est pris d'une terreur intense.

17 décembre. — Il revient à l'état normal. Il ne se rappelle pas ses idées délirantes; il ne se rappelle que son passage à la salle d'isolement il y a huit jours (où on l'a mis pour que la nuit il n'entende pas les propos des autres malades). Il sait seulement qu'il croyait qu'on allait le tuer; il sait qu'il a reçu à la tête une balle de tennis, mais ni quand, ni où.

22 mars 1905. — Physionomie changée. Pupilles dilatées. Craintif; dit qu'il a peur, sans donner d'explications. Légère confusion dans les idées; ne

sait plus exactement quand sa femme est venue le voir. Il a de la peine à prononcer certains mots qu'il embarbouille. A eu deux accès le 22 et le 23.

15 avril 1905. — Cet état de crainte et de vague confusion s'est terminé aujourd'hui graduellement.

9 juin. — 28 juin. — Troublé de nouveau; toujours avec le même aspect mental flou; mais il est plus incohérent dans ses paroles; craintes vagues d'empoisonnement avec inquiétude.

23 novembre. — Recommence à être très troublé. Très grandes craintes d'être tué; interprétations délirantes multiples dans cette même direction délirante. Sa femme veut le faire disparaître pour se marier avec un infirmier. Il prétend en sortant de table qu'on ne lui a pas donné à manger depuis huit jours; lorsqu'on lui offre un morceau de pain, il refuse en disant qu'il mangera comme les autres. Lorsqu'il boit, il goûte plusieurs fois à la boisson d'un air inquiet et soupçonneux.

Mes notes s'arrêtent à ce moment.

A part la crainte qu'a presque toujours manifestée ce malade et ses idées de persécution fantastiques, ses idées érotiques et autres, ce qu'il y a de plus intéressant c'est la *longue durée des accès* : 35, 38, 23, 19 jours. Ce n'est donc pas seulement quelques jours que peuvent durer les paroxysmes mentaux, comme il est dit généralement. On remarquera aussi qu'à différentes reprises on a essayé le régime sans sel. Quelle action ce régime a-t-il eu sur ces accès, il est impossible de le dire. Quant aux rapports de ces accès avec les accès convulsifs, ils étaient des plus variables. C'est bien ici ce qu'on appelle l'équivalent, bien qu'il puisse s'accompagner d'accès. Le malade n'était pas vraiment confus, mais il avait un aspect intellectuel « flou », ce qui est pourtant un premier degré de confusion; il convient d'ajouter qu'il était par ailleurs très peu intelligent.

Exposé général des équivalents psychiques. Délire épileptique.

C'est un trouble passager de l'esprit lié à l'épilepsie, mais pas forcément à l'accès convulsif lui-même, et dont il est impossible de donner une description générale, car ses aspects sont des plus changeants, tous les *symptômes* (ou presque) pouvant s'y rencontrer mélangés à dose variable. Il faut toujours avoir présent à l'esprit que :

Le délire épileptique donne les exemples les plus intenses de confusion et de stupidité;

Le délire épileptique se rencontre sans aucune trace de confusion ou de stupidité.

Entre ces deux extrêmes, il y a tous les intermédiaires possibles, accompagnés de presque tous les autres symptômes possibles.

L'équivalent psychique est souvent caractérisé par des *impulsions*, plus violentes et plus dangereuses que dans n'importe quel autre trouble mental, homicide ou suicide, avec manifestations d'*acharnement*, impulsions érotiques, etc.

Il y a souvent des idées *mystiques* avec hallucinations visuelles.

Le délire est rarement systématique. Il y a toujours au début un changement dans l'*aspect extérieur* et la *physionomie* du malade. Pendant l'accès psychique, surtout après les accès convulsifs, dans la forme stupide, il y a souvent des *signes physiques :* tremblement des lèvres, de la langue, difficulté de la prononciation, tremblement des paupières et des membres, incertitude de la démarche, parfois incapacité de se tenir debout, inégalité et dilatation pupillaires, trahissant « l'épuisement » (voyez p. 218)

On peut distinguer différentes *formes* approximatives :

Forme stupide ou *confuse* (le plus souvent après les accès ou les séries d'accès), véritable épuisement, avec ou sans agitation ou excitation automatique.

Forme à délire de rêve avec ou sans confusion.

Forme avec impulsion au déplacement, *fugue*, le plus souvent sans confusion et avec idées délirantes réduites à leur minimum.

Forme avec idées de persécution ou *hypocondriaques*, etc., avec ou sans hallucinations, avec colères épouvantables, actes de violence, homicide ou suicide, incendies.

Forme dépressive, pseudo-mélancolie, avec anxiété, craintes, ressemblant assez au délire de persécution alcoolique.

Forme mystique avec hallucinations visuelles plus ou moins nettes et nombreuses ; idées de grandeur, etc.

Le *début* est le plus souvent très brusque et la fin aussi. Pourtant il y a des fins graduelles.

La *durée* varie de quelques heures à plusieurs jours et jusqu'à plusieurs semaines.

La *marche* est continue le plus souvent, mais elle peut être paroxystique ou même rémittente ; l'équivalent psychique peut se dérouler sans aucune manifestation convulsive, ou au contraire apparaître après, être accompagné ou terminé par elles.

L'*oubli* consécutif, ni constant ni toujours absolu, peut s'étendre parfois à une période précédant ou suivant l'accès psychique.

Le *diagnostic*, si on n'a pas de renseignements ou si on ne constate pas d'accès convulsif, est difficile. On devra rechercher

soigneusement tout ce qui peut faire soupçonner l'accès épileptique convulsif :

Très grande asymétrie et laideur de la face (fréquentes chez les épileptiques) ;

Morsures de la langue, des joues, cicatrices ;

Ecchymoses sous-conjonctivales de la face, du cou. Signe de Babinski. Myoœdème ;

Tremblement, dilatation pupillaire (pas pathognomonique, tant s'en faut, mais fréquente immédiatement après un accès).

Au point de vue mental, il faut se souvenir des caractères indiqués plus haut comme étant *plutôt* épileptiques que dépendant d'autres troubles.

Le *diagnostic* doit être fait d'abord avec tous les troubles mentaux où il y a stupidité, confusion, délire de rêve, c'est-à-dire les troubles mentaux liés aux :

Intoxications, surtout l'alcoolisme (hallucinations visuelles spéciales, tremblement spécial, fièvre possible, albumine plus fréquente qu'après un accès convulsif épileptique) ;

Infections (signes somatiques) ;

Auto-intoxications (signes somatiques) ;

Épuisement par d'autres causes (parfois impossible);

Traumatisme (signes physiques ; quelquefois très difficile) ;

Puis avec les délires de confusion passagers surajoutés aux démences :

P. G. (Signes physiques. Ponction lombaire);

Démence organique (aspect spécial ; signes physiques ; artério-sclérose) ;

Démence sénile. Il s'agit ici plutôt d'accès d'auto-intoxication chez un dément sénile ou artério-scléreux ; rechercher les causes : vessie, rein, avant tout.

Enfin avec les folies aiguës (ordinairement mieux systématisées à moins qu'il n'y ait agitation ou excitation, mais alors beaucoup moins de violences en général) ;

Les accès de manie (diagnostic parfois très difficile s'il y a colère) ou de mélancolie (aspect plus uniforme).

Si on ne peut voir le malade qu'une fois, il ne faudra pas oublier le diagnostic avec :

Les folies chroniques systématiques (système) ;

Les folies discordantes (beaucoup plus d'indifférence, stéréotypies, etc) ;

L'hystérie (plus théâtrale ou absurde; moins de violence).

Certains délires de rêve plus ou moins systématisés chez des déséquilibrés.

Si on peut voir évoluer l'accès psychique, la considération de sa *durée* éliminera les troubles chroniques; plus il sera *court*, plus il y aura de chances qu'il soit épileptique.

Plus il sera *mystique*, étant court, plus il y aura de chances qu'il soit épileptique. Pourtant il y aura parfois une difficulté à cause des délires de rêves systématisés des mystiques et de la religiosité fréquente de l'épileptique.

Si l'accès psychique est enté sur de la démence épileptique, il sera souvent impossible de faire le diagnostic.

Au total, ce diagnostic est difficile; il n'est certain que lorsqu'on sait qu'il y a épilepsie (et encore prendre garde aux coexistences d'autres délires avec l'épilepsie!)

Le *pronostic* (de l'accès psychique) est bon, sauf accident. Les accès psychiques stupides fréquents doivent faire craindre la démence.

Traitement. — Séjour au lit, isolement, internement. *Ne jamais oublier que l'épileptique peut être très dangereux.*

4° Démence épileptique.

Il y a, je crois, plusieurs formes de démence épileptique, mais dont l'étude est encore peu avancée. Je me contenterai de donner quelques exemples :

Démence épileptique simple. — Die..., 53 ans, ancienne domestique de couvent, entrée à la Salpêtrière le 10 novembre 1887.

23 mars 1910. — Je n'ai aucun renseignement sur ses antécédents, je sais seulement qu'elle était domestique dans un couvent d'où, à cause de ses accès, elle est passée à la Salpêtrière. Elle est, d'après le personnel, depuis cinq ou six ans dans l'état où on la voit aujourd'hui, après avoir subi un affaiblissement mental graduel.

D. — Votre nom?
R. — Barbe Anna Die...
D. — Votre âge?
R. — Je dois avoir trente-cinq ans.
D. — Date de naissance?
R. — Je ne me rappelle plus bien.
D. — Date actuelle?
R. — ?
D. — Quel mois sommes-nous?

R. — Un jeudi, le 17 octobre; mes sœurs demeurent rue Roquépine au 16, et puis mon père a eu sa retraite.

D. — Quel mois sommes-nous?

R. — Vers le 23 avril.

D. — Date d'entrée.

R. — Je ne me rappelle pas au juste..... Je suis née le 14 septembre. Je suis entrée le 17 octobre.

D. — Vous avez encore vos parents?

R. — J'étais avec ma mère, j'avais encore deux sœurs avec moi.

D. — Vous êtes d'Alsace.

R. — Oui, Colmar et Strasbourg, département du Haut-Rhin. Mon père était sous-lieutenant de lanciers.

D. — Avez-vous été à l'école?

R. — J'ai été dans une pension. Ma mère est décédée il y a à peu près un an (inexact).

D. — Vous avez été dans un couvent?

R. — Les sœurs garde-malades : les servantes du Sacré-Cœur de Jésus.

D. — Où était ce couvent?

R. — A S..., dans la rue de l'Église.

D. — Avez-vous prononcé vos vœux?

R. — De chasteté, de pauvreté et d'obéissance; trois mois et puis six mois novice et puis on est sœur professe.

D. — Avez-vous été sœur professe?

R. — J'étais pour l'être.

D. — Qu'est-ce que vous faisiez dans le couvent?

R. — Recevoir..... des adorations.....Dieu en trois personnes..... rendre le hommages qui sont dus..... à votre divinité. Je sais beaucoup parler comme çà. Mon père partait à neuf heures et puis il rentrait à midi. Nous avions six locataires. Et ma sœur habitait près du ministère de l'Intérieur, etc.....

Elle est incapable de réciter le Credo et le Pater. Elle bafouille quelques mots de prière en latin qu'elle termine en disant :

— Anges, amen, guten Abend, good morning, bonjour, bonsoir, etc.

Elle dit parfois des mots tronqués; ainsi elle dit : « La route démentale », pour départementale.

Suite des mois correcte; une fois arrivée à décembre, elle continue automatiquement : Janvier, février, etc.

Incapable de les dire à rebours.

D. — Qu'est-ce que c'est que la messe ?

La malade tire la langue ; puis elle dit :

R. — Ite missa est.

D. — Qu'est-ce que fait le prêtre pendant la messe ?

R. — Ils ont leurs aubes.

Avant de sortir, elle s'agenouille avec un geste de bénédiction.

Cette conversation suffit pour rendre évidente la démence profonde de cette femme, dont la mimique est conservée et aussi intelligente que le comportait son niveau mental probablement peu élevé. L'état physique paraît très bon, sauf de l'artério-sclérose légère. Du milieu des ruines de son intelligence repoussent quelques vagues souvenirs de son ancienne vocation, émis sous une

forme stéréotypée. Dans la cour, quand elle est à table, elle s'agenouille subitement, surtout quand elle voit quelqu'un, prononce des paroles : aoh, yes, ia, guten-Abend, mon révérend père, ite missa est, etc., à peu près toujours les mêmes, fait des signes de croix, embrasse la terre, etc. Elle est très érotique, paraît-il; très agitée quand par hasard passe un homme ; même avec les infirmières, elle a des manières peu convenables. A part cela elle a encore conservé quelques habitudes raisonnables, automatiques : elle s'habille et fait sa toilette seule (l'infirmière est obligée de rectifier souvent), elle mange seule et convenablement à table avec les autres, et se couche seule. Parfois elle est agitée et excitée, elle frappe ses compagnes et les infirmières, Elle ne fait absolument rien, est toujours seule, ne lit jamais, ni n'écrit jamais (bien qu'elle sache le faire). Si on lui parle, ne répond que par des mots incohérents comme ci-dessus. Les accès d'épilepsie, les vertiges ont beaucoup diminué de nombre depuis plusieurs années.

En somme, c'est une démence qui ressemble assez à celle des vieux vésaniques, sauf que chez D... il n'y a pas de bribes de délire : les idées exprimées sous forme stéréotypée, mystique, ne sont pas délirantes par elles-mêmes ; elles représentent seulement l'ancienne occupation de la malade, domestique ou sœur de catégorie inférieure dans un couvent.

Démence épileptique avec ralentissement psychique et moteur. Stupidité chronique. — But..., sans profession, entrée à la Salpêtrière le 19 novembre 1903 à l'âge de 48 ans.

1910. — Cette femme, qui avait une bonne instruction et une éducation dont on voit les restes par ses manières et son extrême politesse, a des accès et vertiges très nombreux, autrefois suivis de troubles mentaux. Actuellement les accès n'amènent qu'une augmentation énorme des manifestations de la déchéance, très marquée depuis son entrée dans le service. Elle a d'ailleurs une reconnaissance partielle de cet état. Elle a l'aspect relativement intelligent (traces mimiques), mais assez indifférent. L'état somatique est satisfaisant. Ce qui frappe avant tout chez elle, c'est la lenteur extrême des mouvements et des réponses. Non seulement il s'écoule un temps avant la réponse, mais chaque mot est prononcé lentement, avec peine et effort, d'une voix un peu chantante; il y a une pause entre les mots comme quelqu'un qui a beaucoup de difficultés à s'exprimer, à trouver ses mots et à les prononcer. Il y a perte de mémoire et incapacité de faire des raisonnements même simples; il y a aussi des erreurs de reconnaissance et des faux souvenirs. Voici un fragment de dialogue qui le montre :

D. — Qu'est-ce que vous avez lu de Dumas?

R. — Le capitaine..... Paul..... Et puis..... J'ai lu..... beaucoup de tragédies.

D. — De qui?

R. — Je n'ai plus souvenance..... Racine, Molière.

D. — Citez-moi des pièces de Molière?

R. — ..... J'aimais beaucoup la musique. (Elle est incapable maintenant de jouer du piano).

. . . .

D. — Me connaissez-vous, Madame?

R. — J'ai entendu parler de vous par la famille S... Ils m'ont dit que vous remplaciez M. Voisin. (Elle n'a vu la famille S... qu'avant son entrée ici, il y a sept ans.)

. . . .

Elle dit qu'elle avait de l'instruction en histoire.

D. — Qui était Napoléon Ier ?

R. — Un roi.

D. — Qu'est-ce qu'il a fait?

R. — .....

La malade n'a plus aucun souvenir se rapportant à Napoléon Ier.

On lui montre une image d'un journal amusant et on lui demande ce qui va arriver si une grosse dame représentée sur l'image entre dans un petit bateau déjà trop plein de monde. Elle ne peut comprendre la plaisanterie très simple.

D. — Qu'est-ce qui va arriver?

R. — Eh bien, la toilette......

Impossible de lui faire rien expliquer.

Il est inutile de donner d'autres exemples. Sa mémoire actuelle est si affaiblie qu'on ne peut même pas essayer les *tests* de Ziehen (voyez aux procédés d'examen). On ne fixe pas longtemps son attention : elle est incapable de réciter ou d'écrire) les mois à rebours. Elle sait pourtant qu'elle est à la Salpêtrière depuis sept ans. Elle est incapable de soustraire 1854 (sa date de naissance) de 1910, etc. Elle se plaint souvent des dents. Le dentiste consulté à plusieurs reprises a dit qu'il n'y avait rien. Ce sont des troubles subjectifs, si fréquents chez les épileptiques.

Dans le service on est obligé de lui faire sa toilette, de la coiffer et de l'habiller complètement. Elle ne fait pas attention à la cloche des repas; il faut l'appeler, mais elle mange seule et proprement. Elle ne retrouve pas son lit, ni les W.-C., il faut l'y conduire. Elle va à l'atelier et coud des serviettes avec une extrême lenteur, il faut lui tracer l'ouvrage et le lui mettre en main. Souvent en sortant de dîner, elle croit qu'elle vient de se lever, elle va se peigner devant la glace et demande à déjeuner et à aller à l'atelier. Elle a oublié la journée. Elle ne parle à personne, joue un peu au ballon dans la cour, elle lit ce qui lui tombe sous la main. Après plusieurs accès elle est agitée ; elle devient grossière, prétend qu'on la bat. Ordinairement quand elle rencontre l'interne ou l'externe dans la cour, elle leur parle toujours des docteurs qu'elle a connus; elle prend l'externe pour le docteur S...

Quand elle a des accès la nuit, le lendemain elle est encore plus lente et troublée qu'à l'ordinaire. Elle ne termine plus ses phrases. Elle ne sait même plus les noms d'une foule d'objets usuels. Sa physionomie a moins d'expression que jamais. Elle a conscience de cet état : ainsi en sortant un jour (11 novembre 1910) de mon cabinet elle dit à la surveillante : « Je suis... extrêmement... troublée... devant ces... messieurs. »

Chose curieuse, trois jours après, non seulement elle a reconnu et nommé les objets déjà montrés le 11, mais elle s'est souvenue qu'on les lui avait montrés et qu'on avait demandé leurs noms; seulement elle dit il y a huit jours au lieu de trois.

D. — Qu'est-ce qu'on vous a demandé?
R. — De dire les noms des objets — et je n'ai pas su.

Cette forme de démence me paraît assez spéciale et caractéristique de l'épilepsie. Elle est marquée par la perte de la mémoire, la perte des souvenirs anciens et l'incapacité d'en acquérir de nouveaux, la perte du jugement, de l'imagination, l'affaiblissement extrême de l'attention, des erreurs de reconnaissance et de souvenirs comme dans toute démence, l'apathie et l'indifférence, du moins lorsqu'elle est à un degré aussi prononcé que chez But..., mais il s'y joint une difficulté particulière à trouver les mots, à les prononcer, à former même des phrases complètes, avec une lenteur et une difficulté des mouvements extrêmes. Ces troubles paraissent très voisins de ceux que l'on rencontre dans la *stupidité;* il y a obstacle, gêne apportée à l'exercice volontaire de la pensée ou de l'action tout comme dans la stupidité. Cependant il semble que la lenteur soit encore plus marquée que dans la stupidité, où il y a plutôt arrêt et incapacité presque totale. Puis la malade est plus indifférente qu'égarée, plus inerte... Quoiqu'il en soit, c'est en somme une sorte de *stupidité chronique.* La genèse en est simple à établir. Comme on l'a vu, cet état de stupidité est souvent très accentué après les accès; c'est lui qui, comme on le constate chez beaucoup d'épileptiques non encore déments, s'installe peu à peu un peu plus profondément après chaque accès ou série d'accès. On peut donc dire que la démence épileptique typique revêt l'aspect du syndrome stupidité, devenu chronique et incurable.

Cette *démence avec grande lenteur* de tous les processus intellectuels et moteurs se rencontre aussi bien chez les *enfants* que chez les adultes. Un enfant qui, épileptique depuis l'âge de 3 ans par exemple, a pu néanmoins aller à l'école, passer son certificat d'études, voit au moment de l'établissement de la puberté ses accès augmenter de nombre. Son intelligence baisse; la mémoire faiblit; souvent le jeune malade le reconnaît lui-même. Tel qui ne faisait pas de fautes d'orthographe en fait, et de plus en plus nombreuses; le calcul devient difficile; les occupations ménagères automatiques peuvent être encore suffisamment régulières, mais elles s'effectuent avec une grande lenteur. Cette baisse générale s'effectue *par à coups*, suivant le nombre ou l'accumulation des accès et des vertiges; elle peut même s'arrêter si l'épilepsie devient stationnaire,

puis reprendre et enfin s'installer définitivement. On remarque à l'atelier de couture du service des épileptiques de la Salpêtrière la lenteur extraordinaire que mettent les malades à coudre des choses très simples comme des ourlets de drap, ce qui est au niveau de leur intelligence amoindrie.

Démence épileptique infantile avec lésions des faisceaux pyramidaux. — Bas... T., entrée le 25 février 1903 à l'âge de 13 ans à la Salpêtrière.

Cette enfant, assez intelligente d'après les renseignements laissés par M. Jules Voisin, avait peu d'accès jusqu'en 1906; mais, à partir de ce moment les accès augmentent et elle baisse; elle avait aussi des crises simulées, qualifiées hystériques, disparues rapidement. Elle a des troubles après les accès et tient parfois des propos bizarres. Elle baisse de plus en plus et, quand je prends le service, elle ne sait plus parler; à peine paraît-elle seulement comprendre ce qu'on lui dit; elle a pu écrire son nom à peu près lisiblement et c'est tout. Les mouvements et la parole sont d'une extrême lenteur, ce qu'on avait déjà remarqué depuis de longs mois. Elle gâte fréquemment. Les accès et vertiges sont d'une extraordinaire fréquence. Par moments elle ne se tient plus sur ses jambes. Le 6 octobre 1910, après une série de crises (130 pendant le mois de septembre), elle reste couchée: on constate une paralysie flasque double des deux côtés; la malade ne peut se tenir debout. Elle ne prononce pas un mot et ne semble rien comprendre. Hypotonie musculaire extrême des deux côtés : on peut rabattre le membre inférieur étendu jusqu'à faire toucher le visage par le tibia; Babinski en éventail double net; clonus du pied des deux côtés. Gâtisme.

Quelques jours après, la malade peut se lever; ces signes s'atténuent notablement, mais elle reste incapable de revenir même au degré où je l'avais vue en janvier. Elle est en permanence sur le fauteuil percé, réduite à la vie végétative. Ses accès sont montés au nombre de 506 et les vertiges au moins à 325 pendant l'année 1910. Depuis, l'hypotonie est persistante et extrême.

On remarquera ici l'extrême profondeur de la démence, précédée du ralentissement si spécial des opérations intellectuelles, mais surtout la lésion qui reparaît de temps en temps, marquée, par l'hémiparésie double mais sans contracture et par *l'hypotonie* permanente. *C'est un type spécial.*

Démence épileptique spasmodique. — A côté de ce *type flasque transitoire* se trouve le *type spasmodique permanent* décrit par mon excellent maître le docteur Jules Voisin, où il y a sclérose descendante des faisceaux pyramidaux, troubles du fonctionnement de la langue, des lèvres, du pharynx, ayant pour conséquence une parole traînante, lente, saccadée, spasmodique, une raideur des lèvres et de la langue, des troubles de la déglutition, — tous symptômes se montrant d'abord après les séries d'accès, puis s'ins-

tallant peu à peu et amenant la mort, après des rémissions plus ou moins longues, par démence profonde, avec raideur de tous les membres en extension ou en flexion, gâtisme, escarres et cachexie finale (1).

Exposé général de la démence épileptique. — La démence épileptique, aboutissant fréquent, mais pas nécessaire de l'épilepsie, est la conséquence des accès, surtout répétés, et des vertiges, peut-être plus dangereux encore à ce point de vue. Elle a le caractère particulier d'avoir une marche progressive, mais rémittente sous l'influence de l'éloignement des accès ; elle peut même s'arrêter avec leur cessation ou leur diminution suffisante.

La puberté et la ménopause sont deux moments souvent favorables à l'installation de cette démence.

Chez l'enfant, on appelle parfois cette démence idiotie épileptique acquise.

Forme simple. — C'est une démence où tous les modes de l'intelligence sont atteints; il peut y avoir stéréotypies par rabâchage de choses anciennes, accès d'agitation et d'excitation ou de colère par intervalles, impulsions érotiques et autres, interrompant l'indifférence générale.

La *durée* peut être fort longue, l'*état physique* restant longtemps bon.

Forme ralentie. Stupidité chronique. — Cette démence me paraît essentiellement caractérisée par une lenteur extrême de tous les processus intellectuels, de la parole et des actes, accompagnant un affaiblissement de la mémoire dans tous ses modes, du jugement, de l'imagination, de l'attention, etc. Le travail intellectuel est de qualité inférieure et s'effectue avec un stock d'idées notablement appauvri. L'activité, même automatique, est très amoindrie et surtout ralentie. Il y a là une difficulté à penser et à agir très comparable à celle de la stupidité, mais chronique, et accompagnée d'une indifférence et d'une apathie extrêmes, rarement coupées par quelques accès de colère ou d'agitation relative. Il y a parfois reconnaissance par le malade de son affaiblissement intellectuel. C'est l'aboutissant définitif des accès de stupidité, plus ou moins marqués, consécutifs aux convulsions ou aux vertiges.

(1) J'ai eu à Bicêtre des déments épileptiques présentant des lésions cérébelleuses progressives qui constituent peut-être encore une autre variété de démence épileptique avec grosses lésions.

La *durée* est très longue. L'*état physique* reste, comme dans l'autre forme, bon très longtemps.

Forme somatique infantile ou juvénile. — La démence, généralement avec ralentissement, est accompagnée de lésions de l'encéphale qui se traduisent au dehors pas les signes suivants, qui apparaissent d'abord par paroxysmes à la suite des accès et enfin se fixent :

Forme flasque : Hémiplégie plus ou moins intense, unie ou bilatérale : signe de Babinski ; hypotonicité énorme ; exagération des réflexes ; clonus du pied.

Forme spasmodique : Sur ces symptômes se développent ceux indiquant l'établissement de la raideur spasmodique : hémiplégie simple ou double spasmodique ; démarche spasmodique ; parole scandée, traînante ; participation aux spasmes de la langue, des muscles du pharynx, etc.

Durée : une dizaine d'années en moyenne.

La *terminaison* des différentes formes est : la mort, par cachexie, (escarres, etc.), affections intercurrentes (tuberculose), état de mal ou dans un accès convulsif.

Diagnostic. — Ne présente pas de difficultés quand on sait qu'il y a épilepsie. En l'absence de renseignements, il peut y avoir de grosses difficultés, d'autant plus que souvent, chez les malades d'asile, le niveau antérieur peut être faible. La constatation du ralentissement devra faire rechercher tous les signes de l'épilepsie, et si le malade peut encore s'exprimer, il faut lui demander s'il tombe (il y a des épileptiques déments qui prétendent que non) et il faut rechercher les signes des autres démences, surtout de la P. G. et de l'alcoolisme chronique (grande importance du masque chez l'un et l'autre).

Autre difficulté chez les enfants : Y a-t-il démence ou arriération ou les deux (ce qui est fréquent) ?

Et s'il y a la forme spasmodique, est-ce de l'hémiplégie ou de la diplégie infantile ou de la démence spasmodique ? L'hémiplégie infantile est surtout marquée aux membres supérieurs, et il y a des rétractions tendineuses (pied bot) et des raccourcissements des membres, etc.

Enfin il y a des folies discordantes juvéniles ou même des folies systématiques aboutissant à la démence rapide qu'il sera difficile de distinguer (Voyez un cas embarrassant plus loin) : rechercher les

stéréotypies, les manières (ne pas confondre avec celles des débiles), la catalepsie, etc.

5° Complications.

Turbulence épileptique infantile. — Parmi ces complications il en est une, spéciale aux enfants, qui paraît si rarement en dehors de l'épilepsie que l'on peut *peut-être* la rattacher à celle-ci ; c'est la turbulence qui ne se distingue en rien d'une manie très atténuée, mais chronique, sauf par quelques particularités intéressantes.

Epilepsie, arriération, turbulence. — Goe..., Juliette, entrée à la Salpêtrière le 31 avril 1903, à l'âge de 2 ans 1/2.

Mars 1911. — Actuellement c'est une arriérée, épileptique depuis l'âge de trois mois, qui parle couramment avec un certain vice de prononciation. On peut lui faire faire quelques travaux manuels très courts, en excitant constamment son attention. Elle a la « manie » de flairer tout ce qu'elle mange, ce qu'elle touche ; elle choisit sa cuiller, elle la regarde et regarde le dessous de son bol, de sa timbale, etc., avant de manger, car elle mange à table. Elle a la manie de lever la jambe sans raison. Elle a la manie de chiper du canevas, de la laine ; elle garde d'abord les objets, puis les distribue à quelques-unes qui lui font la cour, car elle est « j'ordonne » ; très gourmande de pain, on lui fait faire ce qu'on veut pour un morceau de pain, mais il ne faut pas que l'acte demandé dure longtemps, sans cela il n'est pas fini. Elle connaît tout le monde dans le service. Elle imite la maîtresse d'école et celle de gymnastique. Si elle peut chiper un passe-partout, elle ferme toutes les portes du service. Elle sait ses lettres, syllabe, mais n'écrit pas, elle barbouille sur l'ardoise et sur le papier avec un crayon tenu de la main gauche. Elle sait par cœur quelques fables courtes et quelques chansons apprises en passant; elle répète tout ce qu'elle entend. A force de patience on peut lui faire enfiler des perles, faire du piquage, de la charpie. Elle s'amuse avec les cartes et les reconnaît. A la gymnastique, il est très difficile de lui faire exécuter les mouvements commandés; elle fait toujours de la fantaisie. Cette arriération est plus grande qu'elle ne serait si cette petite fille ne présentait pas un état permanent d'excitation et d'agitation que l'on appelle dans ces cas-là turbulence, mais qui ne diffère en rien de la manie dans ses degrés les plus inférieurs. Elle est ordinairement gaie et en train, mais elle pleure pour un rien; se met en colère, si on la contrarie, et dit des gros mots. Son émotivité est aussi instable que ses paroles, son attention et ses gestes. Toujours parlant, toujours regardant de-ci, de-là, se mêlant de tout, gesticulant, se contorsionnant, il est très difficile de la tenir assez tranquille pour lui faire apprendre quelque chose. Quand elle veut bien rester un instant assise sur une chaise, elle se tortille sur place, bavardant sur tout, racontant de vieilles histoires du service qui lui remontent à la mémoire, récitant une fable si l'on veut, mais incapable de donner l'explication de ce qu'elle vient de réciter. Très grossière, elle l'est davantage avant ses accès; après elle est momentanément calme. Elle dort très peu et sait tout ce qui se passe la nuit dans le service.

D'après les renseignements, elle est ainsi depuis son entrée dans le service, mais elle a été très longtemps avant de parler et c'est depuis trois ans à peine qu'elle ne gâte plus.

C'est en somme une « *manie chronique* » (voyez au chap. Manie) atténuée et infantile que l'on caractérise par le nom de turbulence. Mais il y a des stéréotypies qui la font ressembler à la « démence précoce. » Aussi qu'est-ce au juste que cette turbulence infantile? On ne sait pas encore grand chose sur elle, et il y aurait lieu de l'étudier plus à fond, mais elle semble presque toujours s'accompagner d'épilepsie, quand elle atteint un degré marqué, car il y en a de plus atténuées. C'est donc tout au moins un signe chez les *enfants, qui doit faire rechercher l'épilepsie.*

Autres complications. — Les autres vraies complications sont, parmi les plus fréquentes :

L'alcoolisme;

La débilité mentale;

La folie systématique.

Je ne fais que noter les premières. Quant à la folie systématique, on a voulu la rattacher à l'épilepsie comme étiologie. Rien ne paraissant dans la symptomatologie, sauf souvent l'accroissement de violence fourni par l'épilepsie, différencier ces cas de la folie systématique ordinaire, je ne vois pas pourquoi, *jusqu'à plus ample informé*, on les rattacherait directement à l'épilepsie. En voici deux exemples (qui sont même des doubles complications, les malades étant des débiles tous deux).

Folie des persécutions chez un épileptique débile. — Del..., est un épileptique que j'ai vu autrefois à Bicêtre pendant plusieurs années. Il était très débile, cherchait toujours ses mots qu'il prononçait assez mal, et affectionnait les expressions emphatiques. Il avait de nombreux accès et était extrêmement violent et agressif. Il était âgé alors à peu près de cinquante ans. Peu à peu on s'est aperçu qu'il devenait persécuté d'une façon continue, mais très rémittente, avec interprétations délirantes vis-à-vis du personnel, des médecins, de sa mère; il a fini même par avoir des hallucinations de l'ouïe, on le traitait de vache, cochon, chien, etc.; il avait aussi des idées hypocondriaques : il était sans force, on l'avait réduit à rien, on lui avait pris sa force, pour la donner à d'autres, etc. Il devint de plus en plus impulsif et dangereux.

Folie des persécutions chez une épileptique débile. — Guit..., entrée le 22 mai 1902 à l'âge de 14 ans à la Salpêtrière. Elle a des accès assez fréquents, suivis de confusion prolongée pendant plusieurs heures. Elle sait lire, écrire et calculer, travaille bien à l'aiguille, mais est notée comme débile men-

tale. Elle se livre à une masturbation fréquente. Elle a manifesté en 1908, à plusieurs reprises, des idées de suicide et des craintes d'être tuée. Depuis cette année-là elle ne travaille plus, elle s'isole; elle a des hallucinations auditives vagues et répond aux questions: « Vous le savez bien! » Elle menace toujours de prendre un couteau pour se tuer (1). La surveillante des enfants dit que Guit... n'était pas « ordinaire » ; elle était sournoise, difficile à vivre, méchante avec les petites: après ses accès elle ramassait tous les objets qui traînaient. Elle se tenait toujours à part et n'allait jamais aux réunions ni aux fêtes.

1910. — Guit... est toujours à part. Elle entend continuellement les voix de son frère Raphaël et de ses parents qui causent d'elle sous le plancher; ils lui envoient « l'élan » par le moyen de l'électricité, ça sent mauvais, c'est comme une fumée qui entre dans sa bouche et dans ses oreilles. Elle dit un jour : « Cette nuit cela arrive, la monture est montée, etc. » Aussi elle se met par moments dans les oreilles des boulettes de coton ou de ce qui peut lui tomber sous la main pour se préserver de cette fumée. Il y a des moments où elle est très agitée et d'autres où elle veut rester enfermée dans sa chambre. Elle est violente et casse souvent les carreaux qnand on veut l'empêcher de sortir. Dans ses moments de calme, elle s'occupe à raccommoder ses affaires. — Depuis quelque temps (*mars 1911*) elle se tient couchée par terre, sur son matelas, dans l'obscurité, toute la journée; elle injurie ceux qui viennent la déranger. Elle prétend que sur son lit elle sentait l'électricité. Elle a aussi des idées de grandeur; elle est là pour apprendre à tout le monde.

Comme elle est assez difficile à interroger, il est délicat de dire si son intelligence a baissé ; elle tient des propos qui dénotent une orientation dans l'espace exacte, mais pour le temps elle dit qu'elle est à la Salpêtrière depuis trente ans; elle sait les dates de son entrée et de sa naissance, mais pas la date actuelle. Lorqu'on la lui dit, elle répond qu'on n'a peut-être pas marqué toutes les années sur l'almanach, et que, entrée en 1902 à quatorze ans, on a négligé de compter des années, de telle sorte qu'il y a tout de même trente ans qu'elle est ici, bien que l'année soit indiquée 1911 !

Ce qui marque l'intervention de l'épilepsie dans ces deux cas, c'est la violence extrême que déploient les malades par intervalles, violence plus marquée encore que chez les persécutés ordinaires. — Doit-on rattacher ces folies à l'épilepsie? Cliniquement rien ne les différencie des délires mal systématisés des débiles qu'ils sont l'un et l'autre. Del... va-t-il tomber dans la démence? Guit... va-t-elle continuer ainsi longtemps à développer chroniquement son délire ou va-t-elle tomber dans la démence comme le jeune Lab... H., (p. 249) ? Peut-être, car elle paraît devenir plus malpropre, plus renfrognée, recherchant constamment l'obscurité. Mais il n'y pas de stéréotypies. Et cette démence sera-t-elle due à l'épilepsie

(1) Renseignements trouvés dans les notes obligeamment communiquées par M. Jules Voisin.

ou à la folie? Question à laquelle une étude plus approfondie permettrait peut-être de répondre, bien que la malade soit fort difficile à examiner. Cela serait d'ailleurs une subtilité psychiatrique intéressante, mais au-dessus de la portée de ce travail pratique.

Voici maintenant un fragment d'observation qui, comme pour Guit..., soulève des problèmes auquels je ne suis pas non plus en mesure de répondre avec certitude, mais que je dois indiquer. Voyons d'abord le fait :

Ancienne épileptique. Plus d'accès depuis trois ans. — Démence, sans ralentissement, avec stéréotypies. — Her... est une grosse fille de 27 ans, épileptique avec beaucoup d'accès depuis l'âge de 12 ans, mais qui n'en a plus du tout depuis quelques années. Elle est devenue totalement démente. Elle ne répond que le mot m..., quand on l'interpelle, à moins qu'elle ne soit bien disposée, auquel cas elle veut bien vous répondre « jour, » ce qui veut dire bonjour, d'une voix perçante et criarde comme celle d'un perroquet. Elle fait invariablement, quand on la sort, une promenade sur la bande pavée qui encadre la cour des agitées. Cette promenade est bien particulière ; Her... frappe ses pieds, avec violence, sur presque tous les pavés comme si elle les comptait avec ses coups de talons, et elle n'oublie aucun des recoins de la cour ; de temps en temps elle piétine sur place en lançant d'un ton perçant le mot de Cambronne et en martelant les pavés d'un air courroucé. Si on l'empêche après cet exercice de rentrer s'asseoir, elle le recommence, toujours dans le même sens. Ces actes stéréotypés, à quoi répondent-ils? Il est impossible de le savoir et je n'ai pu avoir de renseignements sur ce point.

Ce qui est frappant, c'est l'absence totale de ralentissement et par suite la différence avec le type démentiel épileptique habituel, l'état florissant de la malade et l'aspect si pareil aux démences juvéniles que décrivait Morel (voyez p. 257). C'est bien une *démence précoce* dans le sens strict du mot. Est-ce de la démence épileptique, malgré la suppression des accès depuis plusieurs années et malgré l'absence de certains caractères ? Est-ce de l'hébéphrénie, et tombée rapidement dans la démence, compliquant l'épilepsie? Je serais tenté de répondre affirmativement. Mais pourtant l'épilepsie qu'elle avait manifestée qu'était-ce au juste? On verra plus loin aux folies discordantes que celles-ci présentent souvent des attaques épileptiformes rares. Alors doit-on considérer Her... comme ayant eu de l'épilepsie ordinaire et ayant fait une démence ressemblant à celle de l'hébéphrénie ou était-ce une hébéphrénique avec accès épileptiformes nombreux? Et quelle est la nature de ces accès épileptiformes signalés dans l'hébéphrénie? — toutes questions que je me contente de poser.

CHAPITRE VIII

PARALYSIE GÉNÉRALE (1).

Sommaire.— *Période prodromique.* — Parfois très lointaine.

Période de début.— Rappel des principaux signes déjà signalés ailleurs. Un nouvel exemple de perte de pudeur chez la femme. Un exemple de paralysie transitoire.

Périodes d'état et terminale. — Exemples de P. G. avec différents délires : Délire de grandeur classique interrompu par de courtes périodes de tristesse, excès d'absinthe. Forme circulaire de la P. G. — Délire de grandeur avec inventions. Mort en état de mal épileptiforme. — Délire hypocondriaque, tentatives de suicide. — Délire de persécutions avec hallucinations auditives, crises épileptiformes avec paralysie et coma. — Délire de grandeur et de persécution hypocondriaque. — Irascibilité, violences, tentatives d'homicide; idées bizarres, « sénilisme ». — Délire avec idées d'auto-accusation, tristesse, tentatives de suicide, pseudo-mélancolie paralytique. — P. G. sans délire, tabes. — P. G. sans délire développée sur un ancien tabes. — P. G. surtout somatique, demi-reconnaissance de l'état pathologique. — P. G. sans délire de longue durée. — P. G. à marche rapide. — P. G. avec rémission, appoint alcoolique. — P. G. avec tremblement intense. — P. G., mort avec hypothermie. — Rappel des stéréotypies motrices et verbales, de la catalepsie dans la P. G. — De ces observations résultent les caractéristiques ordinaires de ce trouble mental : démence en bloc, masque spécial, délires avec caractères spéciaux, signes physiques capitaux. Mort. Rémissions. Durée variable. La vérole est la cause de la P. G.

Difficultés du diagnostic. — Très grandes parfois. Toujours songer à la P. G. en présence d'un trouble mental, entre trente-cinq et cinquante ans surtout. L'alcool en impose souvent pour la P. G.; un exemple où il y a eu doute. L'alcool complique souvent la P. G.; un exemple typique. Erreurs de diagnostic avec la syphilis cérébrale, la paralysie pseudo-bulbaire, etc.

Exposé général.

Il faudrait écrire un gros volume si l'on voulait donner tous les détails que comporte cette affection si étudiée, si fréquente, si importante par les ravages qu'elle cause dans les pays civilisés. Je me bornerai pourtant, comme pour les autres troubles mentaux, à l'essentiel. Mais j'ajouterai quelques observations où des symptômes insolites ou anormalement développés ont apporté quelque intérêt à la marche banale de l'affection, et j'insisterai sur la *difficulté du diagnostic*, parfois très grande.

Période prodromique. — On n'a que rarement l'occasion de la

(1) E. Dupré, art. Paralysie générale *in Traité de G. Ballet*, p. 884.

voir comme médecin d'asile. Elle peut précéder de très loin, parfois des années, le début de l'affection. C'est surtout sous la forme de *neurasthénie* un peu irrégulière qu'elle se présente. Il est prudent, pour peu qu'on ait de soupçon de pratiquer un examen minutieux des *yeux*, la *ponction lombaire* et la recherche de la réaction de Wassermann.

Période de début.— La plupart de mes observations concernent la période dite d'état et la période terminale de l'affection. A la période de début, qui est quelquefois fort longue, les P. G. n'entrent pas à l'asile ; on les voit dans les consultations. Je rappelle que j'ai signalé certains des aspects sous lesquels se présente cette période et certains petits signes de début les plus fréquents qui attirent l'attention de la famille. Ainsi :

La *pseudo-neurasthénie* (p. 91);

La *perte de mémoire* (p. 92);

Le *vol absurde* (p. 48);

La *fugue* (p. 51);

La *perte de la politesse* (p. 255);

La *perte de la pudeur*, qui mène aux attentats à la pudeur, à l'exhibitionnisme, aux attentats aux mœurs, etc. (p. 255.) — J'en citerai un exemple de plus pour montrer l'importance diagnostique de ces petits signes :

Une dame F..., qui m'a été amenée à la consultation de la Salpêtrière comme fatiguée depuis quelques jours et ayant de la peine à marcher, invitée par moi à relever ses jupes pour que je voie ses jambes pendant la marche, cette femme, dis-je, releva ses jupes sans mesure, découvrant ses organes génitaux sans le moindre embarras. Cet acte me mit immédiatement sur la voie de la paralysie générale qui, au début, n'avait encore que des signes frustes, quoique certains et suffisants pour faire effectuer le placement.

Les paralysies transitoires et à peine accusées :

Comme je rédigeais ce passage, est venu à la consultation de la Salpêtrière un homme de 36 ans, Ev..., qui se plaint lui-même de ne pouvoir travailler depuis deux mois, parce qu'il a de temps en temps dans la journée des fourmillements dans la jambe et le bras droits, avec engourdissement et difficulté à les remuer. Ce phénomène ne dure que quelques minutes; il éprouve de la difficulté à parler, dit sa femme, depuis la même époque. Examiné, il présente le masque caractéristique de niaiserie inexpressive, avec un tremblement marqué des lèvres et de la langue, l'achoppement accentué, le myosis avec signes d'Argyll Robertson, les signes de Wesphal et Romberg. Les signes physiques de tabes et de P. G. sont donc très marqués. En revanche, sa femme affirme qu'il n'a pas perdu la mémoire ni l'intelligence et effectivement à l'examen, d'ailleurs rapide, le côté psychique paraît assez intact encore.

C'est là un mode de début qui peut être bien plus solennel lorsque les attaques d'hémiplégie sont fortes ou remplacées par les suivantes :

Les attaques apoplectiformes, épileptiformes, comme on le verra dans les observations suivantes d'après les renseignements fournis par les parents.

Tels sont les principaux signes de cette période, qui doivent faire rechercher ceux commençants de la période suivante succédant à la première par transition insensible.

Période d'état et terminale. — Les observations que je rapporte maintenant concernent des malades d'asile, c'est-à-dire se trouvant à la période d'état ou terminale de l'affection.

Paralysie générale avec délire de grandeur classique, mais interrompu par des périodes courtes de tristesse. — Excès d'absinthe. — Cha... L., représentant de commerce, entré à Bicêtre le 4 août 1906, à l'âge de 45 ans.

Renseignements (fournis par la femme du malade). La mère de Ch..., est à Sainte-Anne depuis quinze ans pour délire de persécution.

Il y a deux ans, congestion cérébrale, hémiplégie droite et aphasie ayant duré deux mois. Le médecin a attribué cela à l'absinthe, le malade, représentant d'une fabrique d'absinthe, en consommant lui-même de douze à dix-huit verres par jour. Depuis cette congestion, il était agité la nuit, mais il avait repris son travail. Depuis quelque temps, sa mémoire baisse, il ne se rappelait plus le nom de sa femme. Le 14 juin il déclare, en revenant d'une tournée à Reims, qu'il a fait pour 2 000 francs d'affaires, alors qu'il n'avait pris aucune commission. Il disparaît pendant quatre jours, sans qu'on sache ce qu'il a fait : il revient chez lui, mais ne va plus à sa maison de commerce.

A l'entrée. — C'est un homme gros, à l'aspect jovial, débonnaire et niais, qui est complètement désorienté, complètement incohérent, qui se déclare seulement satisfait sans savoir où il est. Pas de signes physiques de P. G.

10 août. — Depuis deux jours le malade se lamente, dit qu'il s'ennuie, qu'il voudrait s'en aller; impossible d'en tirer rien d'autre. Aspect déprimé et triste.

27 novembre. — Légère amélioration. Le malade est satisfait. On peut obtenir quelques réponses incohérentes :

D. — Depuis combien de temps êtes-vous ici?

R. — Ma femme vient demain pour me chercher.

D. — En quelle année sommes-nous?

R. — En 18..... combien..... enfin j'ai 45 ans.

D. — En quelle année êtes-vous né?

Pas de réponse.

D. — En quel mois sommes-nous?

R. — Au mois d'août.

D. — Fait-on du feu au mois d'août?

R. — Oui.

Mais, signe important : accrocs caractéristiques dans la parole. Mange gloutonnement.

31 décembre. — Depuis quelques jours Ch..., manifeste un délire de grandeur intense; il est riche à millions, à milliards, il a des automobiles, des châteaux. On peut soutenir avec lui une conversation, d'ailleurs absurde.

Année 1908. — Il continue à être le même, sans changement, avec une satisfaction extrême, jovial, délirant éperdûment, complètement désorienté et incohérent.

On a noté les 15 et 16 septembre des expressions délirantes particulièrement extravagantes : « J'ai trouvé plus de cent milliards de perles fines dans le Vésuve; j'en ai un milliard de l'autre côté du mur. J'ai deux ours et des lions, une vingtaine pas plus, et six hippopotames et des autruches qui pèsent soixante kilos. Avez-vous vu une fois en l'air trois ballons et un ballon dirigeable? Savez-vous combien on les a vendus? Dix-huit cent millions et hier j'ai trouvé plus de deux milliards de costumes pour moi à travers les airs..... Savez-vous ma fortune? Quatre-vingt cinq milliards.» — On lui demande de prêter 10 francs, 50 francs, 100 francs. Il répond: « Oui, si vous voulez. » — On lui demande de prêter un million; il refuse : « Ah non! vous iriez faire la noce avec! »..... « Mes dents me préoccupent toujours (c'était la première fois qu'il en parlait). Je vais mettre à la place des billes de billard. » — On lui dit que c'est un peu gros. « Je les ferai tailler » « Connaissez-vous ma fortune? J'ai soixante-dix immeubles à Versailles, à Saint-Cyr, à Meaux, à Reims, gardés par mes enfants..... C'est l'Assistance publique qui m'accorde tout cela..... J'ai sauvé tous les enfants qui étaient dans l'incendie de Chicago. Je les envoie tous les jours au bain de vapeur à Nanterre..... J'ai des milliards, tenez, voilà le journal qui doit le dire et j'ai des perles partout, gardées par des lions qui tirent des coups de revolver. » — On lui demande comment. « Avec leur trompe!... Oui, ça coûte cher », etc.

Il commence à maigrir, à se tenir difficilement sur ses jambes. Accrocs de la parole considérables.

30 octobre. — Il raconte qu'il s'est « baladé » hier dans son automobile et qu'il a été faire un bon dîner au bouillon Duval avec le surveillant, qu'il montre, en se tournant vers lui et en disant : « Vous étiez de la partie! » — « On a mangé de la soupe aux poteaux (*sic*), du melon, des poteaux, mais saignants. »

D. — Vous avez fait la fête?

R. — On ne s'est pas ennuyé hier!

D. — Et après le dîner?

R. — En bécanne, du 100 à l'heure! Quand vous voudrez monter avec moi, vous verrez que je conduis du 80 à l'heure.

D. — Vous avez une belle fortune ?

R. — 60 milliards.

D. — Qui les garde ?

R. — Des poteaux.

D. — Et les ours?

R. — Ah! mais si!

3 janvier 1909. — Depuis le mois de novembre, Ch... ne peut plus se tenir sur ses jambes, il a maigri; il bredouille de plus en plus, mais quand on passe devant son lit, il sourit avec satisfaction, déclarant qu'il est très content; il continue à être milliardaire. Aujourd'hui, léger ictus apoplectiforme.

6 janvier 1909. — Il ne possède plus rien, il n'a plus de millions, plus de milliards. Il se plaint d'avoir froid dans son lit. Il envie le sort de son voisin plus heureux que lui, qui est plus couvert, car ce voisin a sur son lit un million de couvertures.

9 janvier :

D. — Comment ça va, monsieur Ch...?

R. — Pas fort, la nourriture chez nous n'est pas bonne.

D. — Mais avec vos milliards ?

R. — Oh ! je n'ai pas tant que cela, je n'ai que 400 francs à peine ; je n'ai jamais eu de milliards.

D. — Vous avez l'air triste.

R. — La nourriture ne me plaît plus.

D. — Vous pourriez vous payer un déjeuner au restaurant, à 3 fr. 25 ?

R. — Je n'ai pas les moyens de me payer cela !

D. — Vous avez bien pourtant encore une automobile?

R. — Je n'en ai plus.

D. — Vous en aviez combien?

R. — Une dizaine, non, deux ; deux petits cerfs et un petit poteau.

D. — Vous aviez des chasses?

R. — Tout cela est coffré.

D. — Vous êtes pourtant milliardaire ?

R. — Dans le temps jadis, il y a dix ans.

D. — Vous êtes ruiné ? Qui a mangé votre fortune ?

R. — Les p.....

D. — Comment?

R. — Oh ! je n'en sais rien.

On avait levé Ch... qui est assis près de son lit pendant ce dialogue, la figure triste, la tête basse et regardant par terre, les mains sur les genoux. Il parle lentement et d'une façon monotone en bredouillant.

D. — Êtes-vous fort?

R. — Dans le temps oui, mais maintenant on me met en bas.

D. — Pourriez-vous soulever un kilo?

R. — Oui, à peine.

D. — Mais vous êtes bien portant?

R. — Non, je ne me porte pas bien.

Fin janvier. — Le malade est de nouveau satisfait et riche comme auparavant. Ne se lève plus du tout, l'affection fait des progrès.

9 juin 1909 — Même état, mais gâtisme intermittent. Toujours pas de signe d'Argyll Robertson. On a jugé inutile de faire une ponction lombaire.

30 octobre 1909. — Actuellement il est levé ; il circule, un peu maigri ; il milliarde plus que jamais.

On remarquera chez ce malade diverses particularités. L'alcool, et ici sous sa pire forme, l'absinthe, est, comme cela arrive très fréquemment, une cause adjuvante du développement de la P. G. L'attaque d'hémiplégie et d'aphasie ayant duré deux mois est rare. Elle a précédé de deux ans environ l'apparition de la période d'état :

donc ici une longue période de début. Puis Ch..., se remet à travailler, mais la mémoire commence à baisser. Il y a une fugue. A l'entrée il y a alternatives rapides de contentement et de tristesse, ce qui arrive souvent, appelées quelquefois *forme circulaire de la P. G.* La démence est profonde, la perte de jugement considérable, puisque le malade ne reconnaît pas le mois d'août et croit qu'il est normal de faire du feu. Je n'ai pas insisté et n'insiste pas ici sur cette démence sur laquelle j'ai déjà attiré l'attention du lecteur dans la sémiologie. Il devra se rapporter à ce chapitre pour bien se pénétrer du caractère total, « en bloc », de cette démence, si important pour le diagnostic dans les cas douteux. D'ailleurs l'ensemble des observations rendra la chose frappante et l'observation de Mar... (voyez plus loin) l'éclaircira encore mieux, puisque à cause de la longueur peu commune de l'affection, je me suis préoccupé chez ce malade d'étudier à fond, pour cause de diagnostic, le niveau mental.

Le délire de grandeur est chez Ch... d'une magnifique extravagance; il est mobile, diffus, incohérent et contradictoire à souhait pour satisfaire à la formule de J. Falret. Une idée hypocondriaque s'y mêle (les dents...), teintée de grandeur. Faux souvenir et néologisme incompréhensible (poteau), idées passagères de ruine avec contraste de grandeur (le voisin qui a un million de couvertures sur son lit) complètent ce riche délire. On remarquera une phrase assez caractéristique : « *ma femme vient demain pour me chercher.* » Beaucoup de P. G. annoncent aussi parfois au médecin, pendant plusieurs jours de suite, qu'ils sortiront le lendemain. Les signes physiques, en dehors du bredouillement très net, sont peu marqués. Mais, comme on voit, l'affaiblissement, l'impossibilité de se tenir sur les jambes a fait des progrès assez lents, coupés par des rémissions. En décembre 1909, quand j'ai quitté le service, il n'était pas encore mort, bien que physiquement très déchu. On notera enfin l'âge de l'apparition, 43 ans, qui est l'âge classique, et la durée, qui a été au moins de cinq ans. Quant à la syphilis, il n'a pas été possible de la retrouver d'après les renseignements fournis.

P. G. — Délire de grandeur avec invention. — Mort en état de mal épileptiforme. — Lom..., représentant de commerce, entré à Bicêtre le 4 avril 1907 à l'âge de 49 ans.

Renseignements (fournis par la femme). Père et un grand-père morts de paralysie. — Marié à 27 ans et demi. Très excentrique, très dépensier, empruntait à 50 p. 100; a entrepris mille choses dans le commerce et l'industrie qui

n'ont pas réussi; inventeur chimérique. Ruiné finalement lui et sa famille. — Il y a un an perte de connaissance pendant une minute. Le 8 septembre 1906, ictus, suivi d'hémiplégie qui a duré quatre mois. Il y a six mois la femme du malade remarque que L..., perd la mémoire, égare ses papiers d'affaires, se trompe de rue. Il a dû être remercié par son patron. Depuis quelque temps il fait des scènes à sa femme, se met en colère pour rien. Il dit qu'il est le maître du monde et archi-millionnaire.

A l'entrée. — Accrocs nets de la parole. Inégalité pupillaire, tremblement, satisfaction marquée; il « millionne ». Il est orienté parfaitement.

10 avril :

D. — Bonjour, monsieur?

R. — Bonjour, monsieur.

D. — Comment ça va-t-il?

R. — Très bien, très bien, très bien, très bien; ma femme et mes enfants sont fous; ils sont dans un état critique.

D. — Pouvez-vous les soigner?

R. — Très bien.

D. — Avez-vous l'argent nécessaire?

R. — Je l'aurai.

D. — Vous avez des millions?

R. — Pas maintenant. Mais je les aurai; un homme peut tuer 90 oiseaux par minute.

D. — Combien ça fait-il par heure?

R. — Ça fait 90 × 60 (le malade prend un crayon et fait la multiplication) ça fait 5400 à l'heure, en dix heures 54 000 et dix hommes 5400000. A 10 centimes ça fait 54 millions.

D. — A quoi servent tous ces oiseaux?

R. — Vous les vendez et vous aurez l'argent pour les pauvres.

17 avril. — Donne de nouveaux détails sur son projet de chasse aux moineaux. Il essaie de calculer. En partant de 1800 dans un quart d'heure, il calcule que dans une heure on peut abattre 72 millions de pierrots; il fait le calcul par écrit en additionnant correctement quatre nombres égaux à 1800; il trouve 7200, ce qui est exact, mais il ajoute aussitôt quatre zéros, ce qui fait 72 millions. « On peut mettre 600 hommes avec un fusil à Sainte-Anne; cela fera, à 0 fr. 10, 72 millions de francs par jour. » — « On peut aller à la mer ramasser des moules, des coquillages, cela fera des milliards et on fera le trust universel. »

Pendant tout l'été il continue à rabâcher ces inventions. Il écrit de nombreux mémoires avec une orthographe parfaite et une écriture peu tremblée et peu déformée, sauf à de très rares endroits. Il explique comment on pourra faire la chasse aux oiseaux dans la première cour du service :

« Problème des oiseaux.

« Essais définitifs.

« Ne gênant pas le personnel qui sera relégué contre la bibliothèque
« et pourra assister aux hécatombes sans inconvénients, on peut même leur
« confier le ramassage des oiseaux. Il n'y a aucun danger, toute la partie du
« côté valide étant dégagée, les hommes ayant à traverser la cour pourront
« le faire en traversant les salles, rien à craindre comme accident, etc.».

Dans d'autres écrits, il proteste contre son internement et déclare que sa femme et ses enfants sont fous ; ils l'empêchent de mettre la dernière main à cette invention qui sera « la solution jugée et mise au point de tous les problèmes sociaux, moraux, humains, humanitaires, religieux, indiscutables. »

11 septembre. — Le malade baisse intellectuellement. Il a ses poches pleines de cailloux, et il explique que chacun pourra être vendu 100 francs à titre de talisman lorsqu'il aurait écrit une devise dessus.

13 septembre. — Allume des feux dans la cour avec des paquets de vieux journaux. Il roule ses lacets de souliers en forme de cigares et les met dans sa poche après les avoir allumés.

26 octobre. — Mort en état de mal épileptiforme.

J'ai redonné ici cette observation, bien que j'aie cité déjà brièvement le délire, parce que, en outre de cette invention paraissant liée aux dispositions antérieures du malade, il y a des *pertes de connaissance apoplectiformes avec hémiplégie* et *convulsions* dont la dernière a été mortelle; c'est une des terminaisons de la P. G. On verra plus loin comment ces accidents peuvent évoluer lorsqu'ils guérissent.

P. G. — Délire hypocondriaque. — Tentative de suicide. — Tou... A., mécanicien, entré à Bicêtre le 22 octobre 1908, à l'âge de 38 ans.

Renseignements (fournis par la belle-sœur) — Au mois de juin a commencé à être malade, chez celle-ci; il refusait de manger. Mais sa maîtresse a trouvé qu'il avait donné des signes de dérangement cérébral au moins deux ans auparavant ; il se plaignait aussi de maux de tête, comme des barres au front. — Chez sa belle-sœur, il manifesta des idées de suicide et essaya de se jeter par la fenêtre la veille de son entrée à Sainte-Anne; ce même jour il aurait eu pendant une heure une attaque de paralysie. Il parlait toujours, paraît-il, des pertes d'argent.

A l'entrée. — Achoppement dans la parole, myosis, signe d'Argyll. Réflexe patellaires très exagérés. Écriture typique, gribouillée, dont il est content; pas de désorientation. Propos niais démentiels. Aspect satisfait. Très mauvais état physique.

2 novembre. — T..., refuse les aliments : le lait qu'il absorbe forme un fromage dans l'estomac; il faudrait un lavage pour traverser ce fromage et le faire partir.

7 novembre. — L'estomac est bon, mais resserré, les intestins sont bouchés. Le cerveau est vide. « A Sainte-Anne, je buvais de la gentiane, ce qui me faisait du bien ».

16 novembre. — S'alimente régulièrement.

10 décembre. — Il déclare que les intestins sont bouchés et qu'aucune nourriture ne peut passer. Grande difficulté pour le faire manger. Escarre sacrée, œdème des jambes, paralysie vésicale et diarrhée. Cachexie rapide.

17 décembre. — Amaigrissement considérable. Mort.

Comme on le voit le malade avait présenté d'abord de la satisfaction malgré son état de eachexie profonde, car il est entré à la période terminale. Cette *cachexie* est la terminaison naturelle, pourrait-on dire, du P. G. On notera *l'escarre*. Chez les malades bien soignés, elle ne doit se produire que *tout à fait* à la fin. L'état de satisfaction n'avait pas débuté il y a longtemps, puisque quelques jours avant l'entrée Tou... avait fait une tentative de *suicide*, tentative qui prouve qu'un *P.G. doit toujours être surveillé.* Elle a été vite remplaeée par des préoccupations hypoeondriaques évoluant vers la négation. Comme signes physiques : achoppement earactéristique, myosis, signe d'Argyll Robertson. L'éeriture était l'écriture typique du paralytique que je mentionnerai plus loin en détails.

P. G. — Délire de persécution avec hallucinations auditives. — Crises épileptiformes avec paralysie et coma. — P..., comptable, entré à Bicêtre le 8 octobre 1908, à l'âge de 31 ans.

Antécédents et renseignements (donnés par la femme). — La femme a fait une fausse couche un an après le mariage, à 8 mois et demi. Un enfant de 5 ans très nerveux. D'ailleurs la syphilis a été avouée par le mari qui l'a contractée à 18 ans et l'a à peine soignée. P... a bu beaucoup de vin et d'absinthe. Il travaillait autrefois pour la Société des sommeliers. Depuis cinq ans il est comptable aux galeries X.... Depuis un an il a des bourdonnements d'oreille et fait des excès génitaux, lui très froid d'ordinaire avec sa femme. Il y a quelques mois, il se plaint d'avoir été traité de voleur par un employé de son magasin et d'être la risée du bureau à ce sujet. Il va rejoindre sa femme en Lorraine et prétend avoir été suivi depuis Paris. Il est persécuté par ce collègue qui a donné de mauvais renseignemets sur lui. Il revient prendre son travail et se plaint d'avoir été renvoyé trois fois du magasin (ce qui est faux). Le médecin ordonne deux mois de campagne. Avant de partir, il prend une voiture et fait le tour de toutes les gares pour dépister les suiveurs. Il fait à sa femme des querelles continuelles; il est jaloux et prétend qu'elle a des rapports anormaux avec tous les gens qui lui en veulent à lui, P..,.. Il entend continuellement des gens qui lui parlent de ses affaires. Il se perd, met ses vêtements à l'envers; il croit qu'il joue à la Bourse et qu'il a des millions dans l'armoire et sous le lit.

A l'entrée. — Embarras marqué de la parole; inégalité pupillaire, mydriase droite. Grande paresse des réactions pupillaires. Réflexes inférieurs forts. État démentiel caractéristique.

17 otobre 1908. — On a noté que depuis l'entrée, P... croit avoir entendu des personnes lui parlant par le plafond; elles lui offrent 100 000 francs pour monter une affaire, mais il préfère refuser et rester iei où il se trouve bien.

3 novembre. — A l'étage au-dessus des personnes l'injurient; elles n'ont pas mangé depuis deux jours; le petit garçon du malade est séquestré avec eux et se ferait « enc.....par le rabbin. »

D. — Votre petit garçon?

R. — On lui a coupé la tête pour le nettoyer. On lui a enfoncé un tampon de ouaté dans la gorge; je ne l'ai pas vu, mais je l'ai entendu dire.

D. — On va la lui recoller?

R. — Je ne sais pas.....ils la lui ont recollée ce matin.

D. — Comment.

R. — En recousant les nerfs principaux.

D. — Comment?

R. — Je ne l'ai jamais vu réussir en Allemagne non plus..... Ma femme et ma belle-sœur aussi on leur a coupé la tête. Ils viennent à deux heures du matin. C'est par le téléphone qu'on m'a dit cela. Tout cela a été payé par X..., qui tient des hommes emprisonnés ici, etc.

On lui dit d'écouter les voix du plafond; il se recueille, écoute. Il marmotte à voix basse quelque chose et dit : « Ils me disent de jouer gagnant dans la quatrième. »

D. — Pourquoi parlez-vous? Vous parlez à voix basse?

R. — C'est parce que la machine marche.

D. — Quelle machine?

R. — Le rayon rouge.

Après être resté fixe et immobile et remué les lèvres comme s'il parlait, il ajoute : « Je me débarrasserai ce soir de tous ceux-là. »

8 décembre 1908. — Ramasse des cailloux et s'en emplit les poches; il dit que ce sont des millions de milliards.

9 mai 1909. — L'état démentiel reste le même; les hallucinations paraissent moins actives, mais il se dit âgé de 25 ans et né en 1894; nous sommes en février 2007; il possède 400 milliards.

Ce jour-là, début d'un état de mal épileptiforme avec hémiplégie qui a été observé par M. May, interne du service :

« Ce matin, à 7 heures, P... a eu une crise épileptiforme simulant de l'épilepsie vraie, mais sans morsure de la langue. La crise a duré une dizaine de minutes et le reste de la journée P... a été tout à fait normal. Dans la nuit du 9 au 10 et au cours de la journée du 10, P... a eu quatorze nouvelles crises, mais d'un type un peu spécial : début par une très courte période de contracture intéressant surtout la moitié droite du corps; puis phase de convulsions strictement limitées au côté gauche, jambe, bras et face, durant une trentaine de secondes et disparaissant en dernier lieu au niveau de la face; enfin courte période de stertor. Dans l'intervalle des crises, le malade est dans un état d'inconscience absolue, avec déviation conjuguée de la tête et des yeux du côté droit, la main et l'avant-bras gauches agités à intervalles rapprochés de petites secousses convulsives; on note de plus une hémiplégie gauche des plus nettes, mais sans trépidation épileptoïde ni signe de Babinski; il n'y a pas de paralysie faciale.

« La dernière de ces crises a lieu dans la nuit du 10 au 11. A partir du 11, l'état s'améliore graduellement; le 13, la conscience est tout à fait revenue; l'hémiplégie a rétrocédé au niveau du membre inférieur gauche, mais persiste au membre supérieur qui continue à être agité de secousses convulsives. Le 15 au matin la monoplégie brachiale est en voie de disparition, les secousses convulsives ont beaucoup diminué et sont cantonnées aux doigts de la main gauche;

à cette date le signe de Kernig, qui n'a pas été recherché au cours de la crise, est trouvé nettement positif.

« Le 15 mai, vers 3 heures de l'après-midi, B..., a une nouvelle crise, à type d'épilepsie vraie, toujours sans morsure de la langue, et qui n'a laissé après elle aucun trouble de la conscience ni de la motilité; une seconde crise tout à fait analogue a eu lieu dans la nuit du 15 au 16.

« *7 juin.* — A partir du 16 mai, P... est revenu à son état antérieur; il ne présente plus de secousses convulsives; l'hémiplégie a complètement disparu, ne laissant comme trace qu'un certain degré d'incoordination des mouvements du membre supérieur gauche, incoordination qui persiste encore actuellement (7 juin). Enfin, le signe de Kernig a diminué progressivemeut pour disparaître totalement au début de juin.

« La température a atteint 38°, le 10 mai, puis est redescendue progressivement à 37°. »

Il y a à remarquer chez P... la *syphilis avouée*, l'alcool, le début par l'excitation érotique et la jalousie. Le malade s'est perdu dans les rues, ce qui est si fréquent. Malgré les idées de persécution, il y a des idées de richesses qui reparaissent de temps à autre. Son délire est tout à fait absurde (une fois P... entré à Bicêtre), tandis que, d'après les renseignements, il paraissait au début assez systématisé, ce qui aurait pu donner lieu à une erreur de diagnostic. On notera les idées de machines spéciales, le néologisme, « le rayon rouge », qui s'accorde bien avec les idées de persécution et les hallucinations auditives nettes. La démence était typique sous le délire. Comme signes physiques, outre l'aspect : une grosse inégalité pupillaire (ce n'est que dans ce cas-là qu'elle peut avoir de la valeur), la paresse pupillaire à la lumière, enfin l'achoppement spécial.

Les attaques épileptiformes, si fréquentes dans la P. G., ont été accompagnées ici de paralysies passagères qui peuvent exister aussi à part ; il peut y avoir seulement des attaques apoplectiformes. Le *signe de Kernig* indique bien une poussée méningitique temporaire. Il faut avoir soin de rechercher la température qui aide fort au pronostic.

P. G. — Délire de grandeur. — Délire de persécution hypocondriaque. — Far..., 45 ans, entré à Bicêtre le 28 janvier, mort le 9 octobre 1909.

Pas de renseignements. Le malade est dément ; signes physiques nets ; délire hypocondriaque et de grandeur : « J'ai arraché peut-être aujourd'hui cinq cent chancres de l'estomac ; j'ai un estomac ! Je bois quatre bouteilles de Bordeaux, des grogs....., des agents m'ont coupé la lèvre, parce qu'ils savaient que je devais gagner beaucoup d'argent aux courses, aller jusqu'aux millions, peut-être 20 millions.... Les boulangers veulent me nommer à Versailles

pour remplacer le député assassin, plus assassin que l'assassin lui-même. »

6 février. — Il a rédigé un discours sous le nom de M. F... de Castillon, où, dans un charabia et avec une écriture typiques, il parle de socialisme, d'idéal social et humanitaire.

22 avril. — Il dit qu'il y a des machines électriques en dessous des cellules qui lui envoient de l'électricité et le tripotent. — De ce tripotage il est résulté un chancre rongeur sous le filet de la verge et il faut de la petite poudre blanche pour le guérir.

Ce délire de persécution continue ; on note de nouveaux détails.

5 juin 1909. — Se dit importuné toutes les nuits par des « machinations », qui lui détraquent les dents, lui dévissent la tête, et la font tourner, telle une girouette. Les yeux sont également atteints, on les lui retire des orbites, etc. On lui fait entendre des musiques étranges.

Cette nuit on l'aurait obligé de gâter dans son lit, sans qu'il pût rien faire pour s'en empêcher. — A effectivement gâté cette nuit.

7 juin 1909 :

D. — Que vous est-il arrivé ?

R. — Regardez comme M. C... m'a arrangé : il m'a enlevé les dents et mon nez tombe dans ma bouche. Il m'a dit : « Je te ferai crever de faim. »

D. — On vous a soutiré aussi votre sperme et votre sang?

R. — Tout ; à présent ça me tient dans les parties.....

(Le malade se protège avec des foulards et des tampons de toute espèce.)

« Un jour mes yeux et mon nez regardent d'un côté et mon menton de l'autre. Il y a deux jours ils m'ont fait venir les parties grosses comme ça (il montre son poing), et puis ça gonflait et ça dégonflait plusieurs fois dans la journée.

« Hier, j'avais 37 ans et puis je n'en ai plus trouvé que 24 ; et puis après j'ai retrouvé les 37 ans ; ils ne me volent pas, ils me les prennent pour me les remettre.

D. — Mais qui vous fait cela.

R. — Ce monsieur (il montre Y...), M. Saus... (infirmier). Il fait ce qu'il veut; il me fait chier comme il veut.

D. — Mais par quels moyens font-ils tout ça?

R. — Vous n'avez pas besoin que je vous dise ce qui en est. On me tient toute la journée.

D. — Mais pourquoi ?

R. — Je n'ai pas à vous le dire !

D. — Mais où sont-ils cachés ?

R. — Ils lèvent une trappe quelque part.

D. — Ils sont cachés sous la cour?

R. — Je ne sais pas; ils sont à deux.

Je ne sais ce que le malade a présenté ensuite, étant parti en congé. Il est mort le 3 octobre par cachexie rapide avec ictus final.

On voit ici le délire de persécution qui aurait pu être rattaché à une folie des persécutions, si l'état de démence sous-jacent et les gros troubles somatiques n'avaient pas immédiatement révélé

la P. G. Comme dans main délire de persécution, on remarque la réticence : « Je n'ai pas à vous dire ! » ; il y a aussi des actes de défense contre les persécutions (foulards, tampons de toute espèce), ce qui montre combien profonde est l'idée de persécution, quelle que soit son origine.

P. G. — Irascibilité. — Violences. — Tentatives d'homicide. — Idées bizarres. — Sénilisme. — On..., ouvrier fumiste. Entré à Bicêtre le 21 février 1908, à l'âge de 38 ans.

Renseignements de la femme. — Buvait de tout, vin, absinthe, etc. La femme a eu six enfants, dont deux morts de méningite et six fausses couches. Depuis deux ans changement de caractère; menaçait sa femme de son couteau. Admis à Beaujon, il se précipite sur les autres malades un couteau à la main. Il fut envoyé à Sainte-Anne, puis à Bicêtre.

Paralysie générale démentielle typique; accrocs caractéristiques de la parole. Veut se venger de Beaujon et profère des menaces contre le directeur de cet hôpital : « Il y a aussi une petite infirmière qui m'a manqué de respect, qui va y passer; je veux qu'on me respecte ! » Réflexes rotuliens exagérés. Signe d'Argyll Robertson.

26 avril 1909. — L'affection a marché lentement; de temps en temps agitation au cours de laquelle il dit qu'il préviendra la « Justice de Police » pour guillotiner Beaujon et le mettre en morceaux. Depuis quelques jours On... se prétend très vieux ; depuis une dizaine de jours il augmente chaque jour son âge de cinq ou six ans; il dit avoir actuellement 91 ans et veut passer aux vieillards. Il vient au bureau du surveillant en prenant une attitude vieillotte, cassée, fléchissant sur les genoux et traînant les pieds.

L'intérêt de cette observation gît dans les faits suivants : la syphilis que les aveux n'ont pas pu révéler était patente par le signe d'*Argyll Robertson* et les *six fausses couches* de la femme; contrairement à l'usage des P. G., O... était *violent* et a voulu tuer. Les idées bizarres sur son âge, que l'on pourrait qualifier de *Sénilisme*, pour l'opposer à *Puérilisme*, constituent un petit détail amusant, mais sans grande importance diagnostique.

P. G. — Tristesse. — Idées d'auto-accusation, de châtiment. — Tentative de suicide. — Pseudo-mélancolie paralytique. — Hou..., 33 ans, valet de chambre, entré à Bicêtre le 27 mars 1907.

Pas de renseignements sur les antécédents.

A son entrée, paraît inquiet; il dit que quand il est arrivé à Paris, il y a onze ans, un étudiant l'a emmené chez lui et lui a communiqué la vérole. Cette idée le tourmente et il s'accuse de ces relations sexuelles anormales. Il raconte qu'avant d'être entré à Bicêtre il a été poursuivi par une foule de gens, même de la troupe et de l'artillerie. — Il est orienté. Accrocs très nets de la parole, pas de signes d'Argyll Robertson. Exagération des réflexes. Lymphocytose.

Le *4 mai* il pleure en disant qu'il va faire de la prison; « Un nommé Ch... a écrit au commissaire de police pendant que j'étais à Sainte-Anne des horreurs sur mon compte et que je me faisais enc..... » Tremblement marqué de la langue, accrocs de la parole. Inégalité pupillaire.

Pendant tout l'été continue à s'accuser d'avoir été un pédéraste, qu'on lui en veut, qu'on va le châtier; il se plaint d'avoir mal à la tête et au ventre. Il pleure quand on cause avec lui et a continuellement l'air triste. Maladresse des membres supérieurs.

18 septembre. — A tenté de se pendre dans les cabinets avec un torchon roulé en corde.

6 octobre. — Depuis quelque temps entend des voix qui lui disent : « Tu vas aller en prison ». Il prétend entendre les malades et les infirmiers lui dire : « Cochon, cochon. »

16 novembre — A de nouveau tenté de s'étrangler cette nuit avec une ficelle.

28 mars 1908. — H... dit qu'il gagnait de l'argent à faire le pédéraste passif; il aurait amassé 800 francs. Il croit qu'on lui adresse des injures; il provoque les malades qui l'insultent.

1er septembre 1908. — Progrès de la paralysie générale, amaigrissement, titubation; H.., marche courbé en traînant les pieds; gros embarras de la parole. Délire de grandeur : il a 100 000 francs déposés au Crédit Lyonnais et dix ballons dirigeables dans sa chambre à Paris.

17 janvier 1909. — Tremblement des lèvres et de la langue, bredouillement incompréhensible. Etat démentiel marqué; délire de grandeur. — Transfert en province.

H... reconnaît avoir eu la vérole, il est triste, s'accuse de rapports contre nature (ce qui est probablement vrai) ; il fait deux tentatives de suicide. Malgré les accrocs caractéristiques de la parole, en présence de ce délire qui avait l'aspect de celui que l'on trouve dans la mélancolie, on a fait la ponction lombaire qui a révélé la lymphocytose. D'ailleurs, l'état démentiel sous-jacent au délire était typique. Bien que le malade n'ait pu être suivi très longtemps, la marche de l'affection a paru rapide; il se tenait difficilement sur ses jambes, titubait et s'était amaigri d'une façon considérable à la fin de son séjour.

Paralysie générale sans délire. — Tabes. — Dib..., homme de peine, entré à Bicêtre le 28 novembre 1907 à l'âge de 40 ans.

Renseignements fournis par la femme de D... — D... serait malade depuis deux ans à la suite d'un vol accompli dans son atelier par des cambrioleurs. Il a été saisi d'effroi, en pénétrant le premier à l'atelier, de constater le vol. Chaque fois qu'il allait témoigner en justice il était profondément « retourné ». — A partir de cet événement, changement de caractère, paresse au travail, mais pas d'excentricité. Mme D... dit qu'auparavant elle avait déjà noté une difficulté de la parole. N'a jamais eu d'attaques convulsives. Il y a

cinq ou six ans, douleurs en éclairs dans les jambes, ayant duré deux mois. — Pas d'excès alcooliques. Cinq enfants bien portants. La femme n'a pas eu de fausses couches.

A l'entrée. — Parole tremblée avec accrocs très caractéristiques. Troubles de la mémoire à moitié reconnus par le malade; incapacité de raconter ce qu'il veut dire; explique niaisement son entrée par l'effroi que lui a causé le vol. Pas de désorientation dans le temps ni l'espace. — Indifférence complète. — Aucun délire. — Écriture très tremblée.

Troubles ataxiques de la marche. Pupilles inégales, dilatation droite, signe d'Argyll Robertson, signes de Westphal et de Romberg. Diminution de la sensibilité, retard dans les perceptions.

5 juin 1909. — Cet état se maintient sans changement notable. Pourtant la démarche est plus incertaine et les membres supérieurs sont atteints aussi d'ataxie avec tremblement marqué, exagéré par l'action. Trouble marqué de la parole.

D... est satisfait d'être ici; il explique qu'il est venu en novembre parce qu'il avait la tête dérangée à la suite de ce vol, mais que maintenant il va très bien. D'ailleurs, si on lui demande si les autres malades qui sont avec lui ont leur raison, il répond que oui. Il est parfaitement orienté, mais la mémoire lui manque. Il est incapable de dire à rebours sans erreurs les douze mois de l'année. Lecture à haute voix très mauvaise; D..., saute des mots, en ajoute d'autres et est incapable de dire de quoi il s'agit dans le fait-divers très simple qu'il vient de lire.

D... n'a donc jamais eu de délire pendant que je l'ai vu; il y avait seulement de la satisfaction; la démence était profonde. Le développement du tabes a eu lieu pour ainsi dire indépendamment de la P. G. Ces P. G. sans délires sont des malades d'hôpital plutôt que d'asile. La coexistence du tabes et de la P. G. est une chose fréquente.

Paralysie générale avec tabes ancien. — Pas de délire. — Mun... J., employé à la Compagnie d'Orléans, entré à Bicêtre à l'âge de 50 ans, le 6 février 1909.

Renseignements (donnés par sa fille).— Depuis dix ans, M... est ataxique et il ne peut plus marcher depuis trois ans, malgré un traitement par la suspension. Depuis un an environ, troubles de la parole, puis erreurs dans le langage, rires sans motif.

A l'entrée, pas de délire, mais satisfaction; il accepte son entrée à Bicêtre sous le prétexte que, connaissant le docteur Magnan, celui-ci va venir le reprendre (?). Il est orienté dans le temps et le monde extérieur; pas de troubles marqués de la mémoire. Nombreux accrocs de la parole. Tremblement marqué de la langue et des lèvres. Tabes très avancé, qui, examiné ultérieurement, se manifeste par les signes suivants :

Réflexes rotuliens, achilléens, crémastériens abolis; abdominaux conservés.

Sensibilité conservée. Retard de la perception.

Légère anesthésie de la zone du cubital gauche.

Pas de perte de la notion du relief, mais perte de la notion d'effort à accomplir. Pas de perte des jambes dans le lit. Reconnaissance des objets par le toucher et le palper.

Troubles de la marche très accentués; talonnement, projection des jambes. Quand il s'asseoit, les mouvements du malade ont une amplitude considérable, par énorme hypotonicité musculaire. Signe de Romberg. Le malade « plane » peu et n'a pas d'incoordination des membres supérieurs.

Myosis punctiforme égal des deux côtés. Signe d'Argyll Robertson. Pas de scotôme, pas de mouches volantes, pas d'étoiles.

Pas de bourdonnements d'oreilles.

Goût intact.

Odorat ; quelques troubles.

Progressivement la parole s'embarrasse de plus en plus, et l'état mental devient plus mauvais. M... écrit lettres sur lettres, pour réclamer une indemnité, pour exposer ses états de service, à la Compagnie d'Orléans, au médecin de Sainte-Anne, au chef de service. Ces lettres, à écriture de plus en plus tremblée, sont en grande partie illisibles; pourtant, on peut, surtout dans les dernières, constater de nombreuses fautes d'orthographe, des lettres, des mots employés les uns pour les autres, et une incohérence assez nette. Le malade, à certains jours, prend un air de supériorité ironique. Tout dernièrement, (le 18 juin) le malade prend spontanément un crayon et écrit une élucubration tactique presque illisible. A la demande s'il est général, il répond avec suffisance qu'il savait ce qu'il fallait pour écrire cela. Puis ne répond plus à aucune question.

On a donc ici encore une paralysie générale développée sur un *tabes ancien*. Il n'y a pas eu de délire pendant l'année où j'ai observé le malade, sauf à la fin. *L'écriture* au point de vue psychique était très caractéristique de la démence énorme; le *tremblement* était aussi très accentué. A peine y avait-il une teinte de grandeur dans les derniers temps.

Paralysie générale. — Troubles physiques très accentués. — Demi-reconnaissance de l'état pathologique. — Chu..., entré à l'hospice de Bicêtre, le 21 octobre 1909, à l'âge de 40 ans.

(Observation prise et rédigée par M. May, interne du service.)

La maladie date de huit mois, et s'est surtout caractérisée par des troubles de la parole; Chu... s'est jusqu'à présent soigné chez lui, allant toutes les semaines à la Salpêtrière consulter M. Séglas. C'est le malade lui-même qui donne ces renseignements.

C'est un homme petit, plutôt trapu, avec des cheveux légèrement bouclés qui lui retombent en désordre sur le front; sa physionomie est joyeuse et expansive; il parle volontiers et rit fréquemment; et son état actuel ne paraît lui inspirer aucune inquiétude.

D. — Comment vous appelez-vous?

R. — Edouard Chu...

D. — Quand êtes-vous né?

R. — Le 8 décembre 1869.

D. — Quel âge avez-vous?

R. — Je n'ai pas tout à fait 40 ans.

D. — Quel métier faites-vous.

R. — Je suis peintre. J'ai été empoisonné par la céruse; ma langue a été paralysée pendant un mois.

Ce qui frappe au premier abord, c'est le gros embarras de la parole; Chu... s'en rend d'ailleurs très bien compte, et pour le faire voir il essaye spontanément de prononcer les divers mots d'épreuve, sans d'ailleurs y parvenir; mais loin de l'inquiéter, cette impossibilité lui paraît au contraire comique, car, à chaque essai infructueux, il se met à rire. Les autres signes physiques de paralysie générale sont également des plus nets : le malade a du tremblement de la langue; ses réflexes rotuliens sont exagérés; ses pupilles sont égales, mais en myosis accentué, et le signe d'Argyll Robertson est positif.

En opposition avec les signes physiques, les troubles intellectuels sont peu accentués. Chu... est venu seul à Bicêtre pour se faire interner, apportant ses certificats et expliquant très clairement sa situation; il est parfaitement orienté dans le temps et dans l'espace.

D. — Où êtes-vous ici?

R. — A l'hospice de Bicêtre.

D. — Qu'est-ce que Bicêtre?

R. — La maison où il y en a qui deviennent idiots, fous, qui ont du mal aux yeux.

D. — Ça vous étonne d'être ici?

R. — Non, au contraire; je suis content.

D. — Est-ce que vous croyez que vous êtes fou?

R. — Mais non; pensez-vous!

D. — Alors pourquoi êtes-vous dans une maison de fous?

R. — C'est ma maladie qui veut ça; j'avais comme une espèce de commencement de folie; mais vous allez me guérir.

Chu... lit correctement quoique lentement, et sans sauter de mots; son écriture est sale et désordonnée avec des caractères d'imprimerie au milieu des caractères ordinaires; quelques mots sont sautés, mais en général rajoutés ensuite. Le calcul est correct pour les opérations simples, mais le malade ne peut comprendre et résoudre le problème suivant : « Si 9 poires coûtent 12 sous, et que j'en prenne 3, combien aurai-je à payer? » Il dit :

« Oh! je faisais cela bien plus vite, autrefois. »

Sa mémoire est bien conservée pour les faits simples; il énonce correctement la suite des mois dans le sens habituel et dans le sens inverse; mais il est incapable de se rappeler des choses un peu complexes. Il se rend d'ailleurs très bien compte de cette diminution de mémoire, mais sans perdre pour cela sa bonne humeur et son optimisme.

D. — Votre mémoire était meilleure autrefois.

R. — Oh! oui.

D. — Depuis quand a-t-elle diminué?

R. — Depuis que j'ai été à la Salpêtrière.

D. — Ça ne vous inquiète pas d'avoir un peu perdu la mémoire?

R. — Oh! non, du moment que vous allez me soigner.

Chu... n'est resté que trois jours dans le service, sa femme étant venue le reprendre le 25 octobre.

Ce qui est frappant chez ce malade, c'est la *reconnaissance partielle de l'affection* avec l'indifférence qui l'accompagne et l'énorme embarras de la parole qui semble s'être développé très rapidement.

On a ainsi vu des paralytiques généraux avec des formes variables de délire ou sans délire, en somme avec des symptômes habituels, avec une évolution habituelle. Les deux observations suivantes sont au contraire des exemples d'évolution moins ordinaire, l'une prolongée, l'autre rapide.

Paralysie générale sans délire. — Longue durée. — Mar... Albert, menuisier, entré à Bicêtre le 15 décembre 1908, à l'âge de 48 ans.

Ce malade vient de Ville-Evrard où il était entré en 1900 avec le diagnostic de paralysie générale; il semble qu'il n'ait déjà pas à cette époque présenté de délire.

Sa femme ne s'explique pas son transfert qu'elle n'a pas demandé. Mariés en 1892, ils n'ont pas eu d'enfants; il n'y a pas eu de fausses couches. M. n'a plus ses parents; il a un frère bien portant; un petit cousin est mort à Bicêtre (?). En 1898, à l'atelier de M., on s'aperçoit qu'il perd la tête; il ne fait plus ce qu'on lui dit, il commet de grossières erreurs dans le travail. Jamais il n'aurait dit de bêtises chez lui, il paraissait plutôt « innocent ». Il prenait du vin blanc et trois ou quatre absinthes par jour. Depuis un an, avant le début de l'affection, sa puissance génitale était nettement amoindrie. En 1898, il consulte à la Salpêtrière et on conseille le placement.

A l'entrée. — Aspect satisfait et empressé. Difficulté de la parole, plutôt précipitée que bredouillée, mais impossibilité de prononcer certains mots caractéristiques. Le malade s'aperçoit de cette difficulté et l'attribue à la maladie depuis cinq ans ; mais il n'en est pas autrement affecté. Mémoire relativement conservée. Orientation locale bonne ; mais ne sait pas la date exacte, hésite sur son âge et dit 42 ans. « Je suis né le 10 mai. » Sait l'année de sa naissance, 1865, et la dit. Il calcule alors correctement son âge et dit 43 ans. Mais il est incapable de résoudre le petit problème suivant : Voici un franc, vous voulez avoir 20 francs, combien faut-il ajouter de francs à la pièce de 1 franc. On lui demande combien il s'est écoulé d'années depuis l'exposition de 1900. Bien qu'il sache l'année, il est incapable de répondre ; il dit qu'il ne se souvient pas. Il ne comprend pas d'autres questions aussi simples.

État somatique : embarras de la parole déjà noté. Signe d'Argyll Robertson. Abolition des réflexes rotuliens.

9 février 1909. — Depuis un mois sert de servant interne ; il travaille avec satisfaction et zèle. On l'interroge sur son métier de menuisier. Il donne des explications embrouillées ; il explique avec beaucoup de peine comment on fait un pied de table. Mais il a une grosse difficulté à dire combien il gagne

par jour et combien cela fait à l'heure. On l'interroge sur son métier de servant interne ; il fait des réponses absurdes :

D. — Vous faites les lits à l'infirmerie. Je suppose que vous n'ayez plus de matelas, comment feriez-vous ?

R. — Je mettrais la couverture.

D. — Si vous manquiez de draps, comment feriez-vous ?

R. — Je ferais le lit sans draps.

Il est très satisfait de ces réponses et de lui-même.

Dans le service s'occupe avec zèle et contentement. Il fait sa toilette seul; il mange gloutonnement et seul. Il est sociable avec tous, mais il se lie plus facilement, plus particulièrement, avec les idiots, paralytiques généraux et persécutés débiles qu'il trouve intelligents : par exemple Cha... L, paralytique général, alité et très dément, lui paraît parfaitement sain d'esprit (voyez ci-dessus, p. 410). Il ne sait pas quel genre de malades on soigne ici. Il fait un bon accueil, mais sans empressement, à sa femme. Il paraît lire le journal de temps en temps et se promène parfois dans la cour. Il se trouve très bien et ne demande pas à sortir.

8 mai 1909. — On le prie d'écrire ce qu'il voudra. Il écrit avec des mots sautés et des majuscules à presque tous les mots :

« J le 7 mai Hosp de Becttre

« Je vait Vous Dire si Voulez Avoir la Bonté de Venir Me Voir Dimanche ou
« jeudi prochain Sans Faute Du reste je mennue Beaucoup et je crois que Au-
« tant t'ennues de ne pas Me Voir ; Donc A Dimanche je ne Voit plus rien A te
« Dire pour le moment Je tembrasse Bien Des Fois.

« Signé Gabriel. »

On lui demande alors : — C'est à votre femme que vous écrivez ?

R. — Oui

D. — Vous lui dites donc vous à votre femme ?

R. — Oui, je lui dis tu ou vous, mais ce que j'écris c'est pour un ami.

D. — Mais à la fin de la lettre, vous mettez : je t'embrasse bien des fois. Vous embrassez donc vos amis ?

R. — Oui, c'est pour dire.

Il n'y a pas moyen d'avoir d'autre explication.

On lui fait tracer un plan de fenêtre. Il le trace bien, mais se trompe dans les cotes : la fenêtre a 2 m. 80 de hauteur et le milieu 1 m. 80 seulement; elle doit avoir 1 m. 80 de large et il ne donne aux croisillons que 0 m. 40. De même il trace un plan qu'il dit être un plan d'escalier, plan absurde au bas duquel il met : Equalier Écolier Signé Gabriel.

En somme, c'est une P. G. qui dure depuis dix ans. Tout au moins depuis deux ans il n'y a pas eu de délire, mais seulement une démence intense avec satisfaction et occupations automatiques dans le service. Ce sont des cas où on se demande toujours involontairement s'il ne s'agit pas seulement de syphilis cérébrale,

bien qu'il n'y ait pas de signes de lésions localisées. S'agit-il d'une rémission, chose si fréquente dans l'affection qui nous occupe, mais de longueur inusitée ?

Le malade suivant est au contraire un exemple de P. G. à marche rapide, environ un an et demi de durée, très probablement raccourcie par le traitement mercuriel suivi, car le *mercure pour le paralytique général est tout ce qu'il y a de plus dangereux*. Le cerveau malade du P. G. ne supporte pas ce médicament. D'où la règle de ne jamais en donner dès qu'on est certain de son diagnostic.

Paralysie générale à marche rapide. — Fay... A., ex-directeur de théâtre, entré à Bicêtre le 4 juin 1909, à l'âge de 60 ans.

Renseignements (fournis par un ami du malade et un confrère de B...). F..., a commencé à être malade il y a un an et demi environ avec embarras progressif de la parole, difficulté à se tenir sur ses jambes, changement marqué de caractère « où le désespoir et la colère alternaient avec l'euphorie sans mégalomanie vraie à aucun moment. » Il vient à Paris ; un médecin lui fait des piqûres de benzoate de mercure vers le mois de janvier (une vingtaine environ) ; il retourne à B..... et son médecin dans cette ville continue les injections, au nombre de quinze à vingt, de 4 centigrammes de benzoate par jour. Il y a deux mois F... revient de nouveau à Paris, très aggravé, mais sachant, paraît-il, encore ce qu'il faisait. Ici il devient paralysé du côté droit, commence à délirer ; il se croyait volé ; le jour de son arrestation il était descendu dans la rue, voulant courir après une jeune fille qui, prétendait-il, lui volait son linge. Envoyé au dépôt, le 27 mai, le 28 à Sainte-Anne.

5 juin 1909. — F... est un homme grand et fort, chancelant sur ses jambes, complètement incohérent et désorienté. Il sait son nom, mais dit se trouver dans la rue du 4-Septembre et être marchand de bois ; impossible d'en rien tirer. Mais à la fin de l'examen il dit : « Je vais vous dire une petite histoire, j'ai eu la syphilis,

D. — A quel âge ?

R. — A 40 ans.

D. — Il y a combien de temps ?

R. — Il y a 45 à 50 jours.

Il y a un gros tremblement de tous les membres, des lèvres, avec bredouillement, empâtement extrême de la parole, mais pas d'achoppement proprement dit : une hémiparésie droite avec réflexes exagérés, surtout à droite, trépidation épileptoïde du même côté, mais pas de signes de l'éventail de Babinski. Pupilles rétrécies, inégales, signe d'Argyll Robertson. Rien d'autre dans les autres organes. Cicatrice à l'extrémité du gland, paraissant celle d'un chancre induré.

Les jours suivants, loquacité, agitation incohérente, nécessité d'une surveillance continue. Peu à peu le calme s'établit et la mort survient le 13 juin sans accident préalab e quelconque. — Autopsie refusée.

Paralysie générale avec rémission. — Appoint alcoolique. — L... L., 45 ans, limonadier, entré à Bicêtre le 21 octobre 1909, sorti le 23 février 1910.

22 octobre 1909;

D. — Votre nom?

R. — L... Louis, Edouard, né à Paris en 1864.

D. — Age?

R. — J'ai 45 ans le 14 février.

D. — Date?

R. — 19 ou 20 octobre 1909.

D. — D'où venez-vous ?

R. — Je viens de Sainte-Anne où j'avais été me reposer chez M. le docteur X... qui est presque un père pour moi. Je le connais depuis plus de vingt ans.

D. — Vous buvez?

R. — Je ne bois que de l'eau et de la tisane avec des feuilles d'oranger et de la tisane de tilleul.

D. — Vous êtes satisfait d'être ici ?

R. — Oh! oui, je suis enchanté et j'ai demandé du travail.

D. — Et votre maison de commerce ?

R. — Oui, c'est cela qui m'ennuie; et puis ma femme ne va pas bien, c'est ce qui me désespère. Elle est folle; elle a voulu se suicider. Alors j'ai pris un rasoir et je lui ait dit : « Si tu fais cela, je me coupe le cou et je te fais embrasser ma tête. » Et ça l'a arrêtée.

Léger tremblement des mains.

Pupilles égales.

Pas d'Argyll.

30 octobre 1909. — Le malade est très agité depuis quelques jours, chante toute la nuit, et se querelle avec ses voisins. Cette nuit, il a déchiré une couverture.

Dans la journée, on l'a surpris mangeant des matières fécales; il a frappé le garçon qui s'y opposait.

4 novembre 1909 :

D. — Comment ça va?

R. — Oh! parfaitement. Je n'ai jamais été si bien.

D. — Vous buvez beaucoup?

R. — Oh! oui, autrefois, quand je tenais une buvette. Maintenant, je ne bois que du lait.

D. — Vos organes sont en bon état?

R. — Oui; mes bras sont épatants. J'espère pouvoir soulever 1 200 livres aux Folies-Bergère.

10 novembre 1909 :

D. — Vous mangez votre caca?

R. — Oh! non, ça ne serait pas propre. Je le sens; ça sent la fleur d'orange.

D. — Quel jour sommes-nous?

R. — Le 24 ou le 25 à peu près.

D. — Quel mois?

R. — Novembre.

D. — Quelle année?

R. — 1989.

D. — Quel âge ?

R. — 45 ans.

D. — Date de naissance ?

R. — 1864.

D. — Vous vous trompez ?

Le malade prend un air ennuyé et répond insolemment.

D. — Quand débutez-vous aux Folies-Bergère ?

R. — Demain ou après-demain. Et puis je débuterai à l'Opéra Isola ou à l'Opéra pour chanter *Mireille* ou *Tannhauser* ou *la Walkirie*.

D. — A quel âge avez-eu la vérole ?

R. — Jamais...

« Je n'ai pas une voix, j'en ai huit : basse, basse chantante, baryton, baryton léger, tenor léger, ténor, ténor soprano, soprano.

« Je peux chanter les rôles de femme et il n'y en a pas une, pas même la Patti, qui chanterait aussi bien. »

13 novembre 1909.

Lymphocytose nette. Une dizaine d'éléments par champ.

Ce délire de grandeur incohérent a disparu peu à peu, si bien qu'on a pu rendre le malade à sa femme le 23 février 1910 toujours, d'après ce que j'ai su, sans signes physiques nets de paralysie générale.

On voit là un exemple de *rémission* des accidents les plus tumultueux. Car la rémission ne porte qu'exceptionnellement sur les signes physiques (ici absents) et pas sur les démentiels. Ces rémissions sont de durée variable, de quelques jours à quelques mois et rarement davantage. C'est ce qui rend le *pronostic de la durée si épineux.* Cependant, il arrive souvent que l'entrée à l'asile, surtout chez les malades ouvriers, alcooliques généralement, amène une *sédation* par privation d'alcool et meilleure hygiène générale. C'est ce qui est vraisemblablement arrivé chez le malade précédent. Pourtant, on voit souvent des rémissions en l'absence de toute intoxication préalable.

Quelques symptomes spéciaux. — Les observations qui suivent maintenant concernent des petites particularités beaucoup moins fréquentes, mais qu'il est bon de connaître, la P. G. étant une mine inépuisable de choses de ce genre.

Paralysie générale avec tremblement intense. — Bau... J., coiffeur, entré à Bicêtre le 30 octobre 1910, à l'âge de 36 ans.

B... vient de la Santé à la suite d'une infraction à la police des chemins de fer et d'inculpation de vagabondage. Le rapport médico-légal le déclare atteint de paralysie générale.

Effectivement il est dément, désorienté, satisfait, il a des accrocs dans la prononciation des mots.

Le 18 novembre 1906 il trouve moyen de s'évader par une pluie torrentielle.

Il est réintégré le 6 décembre dans le même état. Les différentes lettres qu'il écrit sont caractéristiques : lettres sautées, mots estropiés, etc., lettres finement tremblées. Quelques-unes portent sous la signature : député et sénateur, avec une orthographe des plus incorrectes, probablement habituelle. Peu à peu son état s'aggrave, et le 2 septembre 1907 on note : démence complète, délire de grandeur, il est riche à millions, il est député et sénateur, il va épouser Mlle T. qui a un château ; il est alité, il gâte ; parole extrêmement difficile ; tremblement marqué de la lèvre supérieure, surtout à gauche.

Continuation de l'aggravation, le tremblement se généralise par moments, même au lit où il est obligé de rester, ne pouvant plus tenir sur ses jambes ; on note des périodes où ce tremblement s'exagère.

4 juin 1909. — Démence complète. Grosse difficulté de la prononciation ; on perçoit cependant qu'il se dit député, sénateur et millionnaire ; difficulté d'avoir avec lui une conversation quelconque qui n'est plus comprise ou à peine. On essaie de le faire écrire ; il peut encore écrire son nom ; mais comme on lui dicte : Voici dix ans que je suis à Bicêtre ; il écrit, en jetant ses mots au hasard sur la feuille, d'abord le chiffre 10, ensuite, avant, le mot : Voici, et enfin après le mot dix, les mots : à Bicêtre. Les lettres sont finement tremblées par place, mais en plus elles sont anguleuses, à crochets brusques, ce qui est dû au tremblement spécial du malade.

En effet, ce qu'il y a d'intéressant chez lui, c'est le *tremblement intense, généralisé*, comme je n'en ai encore vu qu'un exemple auparavant : ce tremblement est constitué par deux éléments : d'une part, un tremblement fin, continu, peu accentué (visible sur les premières lettres et sur le dernier écrit d'aujourd'hui) et d'autre part des secousses à grandes oscillations qui surviennent sous l'influence de la moindre excitation, telle que heurt ou bruit. Elles se produisent également au cours des actes, en décomposant le mouvement en une série de mouvements saccadés. Mais il n'y a pas là de tremblement intentionnel. Cela est surtout accusé à gauche, et surtout au membre supérieur. Sans ataxie proprement dite, le malade a de la peine à prendre un objet de la main gauche, les secousses lui faisant dépasser le but. La marche est incertaine, mais spasmodique, sautillante, à cause de ces mêmes secousses. Le malade serre peu avec les mains, qui semblent avoir perdu notablement de leur force.

Les réflexes sont très exagérés aux membres supérieurs et inférieurs, mais pas de trépidation épileptoïde, pas de signe de Babinski. Les pupilles normales réagissent vite à la lumière et à l'accommodation.

15 octobre 1909. — Mort dans le marasme.

C'est là l'exagération du *tremblement* que l'on trouve à peu près chez tous les P. G., avec secousses spéciales surajoutées.

Paralysie générale. — Mort avec hypothermie (1). — Ly..., âgé de 43 ans, entre à Bicêtre le 5 mars 1909, avec le diagnostic de paralysie générale

(1) Cette observation été rédigée et communiquée par M. André Collin, interne des Hôpitaux, à la Société médico-psychologique. Voir *Annales médico-psychologiques*, juillet-août 1909.

Antécédents. — Sa sœur nous apprend les jours suivants qu'un grand'père aurait été fou six ans avant de mourir à 73 ans; que leur père serait mort d'une maladie cérébrale.

Le caractère antérieur du malade était doux; mais il était « exagéré en tout », vantard; il aimait à faire montre des connaissances qu'il avait acquises en voyageant pour son commerce de rideaux. Il avait fait son instruction lui-même et n'avait pas même passé son certificat d'études.

Le début de sa maladie, toujours d'après sa sœur avec laquelle il habitait, remonterait à six mois. A cette époque son caractère change d'une façon manifeste; il fait à table de futiles et fréquentes querelles à sa sœur.

Cependant, il devait avoir commencé à être malade depuis dix-huit mois au moins, car, alors que ses rapports avec les autres étaient encore normaux, sa sœur dit l'avoir entendu la nuit jouer aux cartes seul dans sa chambre et faire à haute voix la démonstration des différentes façons de s'y prendre pour s'assurer le gain de la partie. Il passait aussi la plus grande partie de ses journées à jouer d'une « façon effrénée ». Nous ajouterons qu'il a eu la syphilis et qu'il buvait abondamment les apéritifs les plus divers.

A Toulouse, en octobre 1908, il aurait eu un état morbide, qualifié crise de neurasthénie, au cours duquel on arrive juste à temps pour lui retirer le revolver avec lequel il avait l'intention de se tuer.

Il est invité à dîner, le 3 mars 1909; contrairement à ses habitudes, il se refuse à changer de vêtements pour se rendre à cette invitation; il rentre à 10 heures du soir et se met à crier subitement que la fortune lui est venue, qu'il est millionnaire, etc., etc.; toute la nuit il est très agité et très excité; on l'envoie d'office au Dépôt, de là à Sainte-Anne, puis à Bicêtre.

Les différents certificats constatent que cet état de vive agitation et d'excitation n'a point cessé.

6 mars 1909. — Son entrée dans le cabinet du médecin et sa tenue sont caractéristiques. La tête haute, il entre résolument en disant : « Je suis le milliardaire ». On le fait asseoir. Il le fait sans difficulté en disant : « Oui, mon coco ».

Dès lors, rien ne peut arrêter son flux de paroles. « Je suis le plus bel homme, je vais chanter (il chante quelques couplets); je suis l'homme bolide; voulez-vous parier qu'en huit secondes je vous envoie au Vésuve avec moi; vous me donnerez le bras; je mets une armure en caoutchouc, je prends des instruments de science, je danse sur un volcan, sur un moteur de 40 000 chevaux; ainsi, tenez, je vais porter votre fauteuil à bras tendus. »

Nous n'insisterons pas davantage sur ce délire caractéristique ni sur les autres signes de démence.

Les signes physiques sont non moins probants : Myosis, signes d'Argyll Robertson, abolition des réflexes rotuliens et achilléens, achoppement à certains mots.

8 mars. — Il est absolument dans le même état d'agitation et d'excitation. Il mord un malade qui veut prendre ses vêtements.

Il accueille ainsi l'interne : « On m'a assassiné, viens voir cela; j'ai téléphoné à M. Lépine (en pleurant). Je suis fort, je l'aurais tué si j'avais voulu avec un doigt, mais je n'ai pas voulu. »

Les jours suivants, l'insomnie est presque absolue; il fait du bruit la nuit,

on est obligé de le mettre aux agités. On n'a pu lui donner qu'un seul bain prolongé le 7 mars, parce que le lendemain il a été pris d'une syncope au bout d'une heure de bain. Pour la même raison, on lui a donné peu de chloral. Il n'avait d'ailleurs pas de lésion cardiaque constatable.

Dans la nuit du 15 ou 16 mars, à 2 heures du matin, toute agitation et toute excitation cessent brusquement. On le transporte à l'infirmerie, l'interne de garde constate une certaine algidité. Il tâche d'obtenir une réaction par des frictions d'alcool, des sinapismes, des injections d'alcool.

A 10 heures, le malade est dans le coma; température rectale 33°, 8; même traitement que ci-dessus.

A 11 heures, le corps est froid; température 34°; la figure est grimaçante, les oreilles sont cyanosées, les membres supérieurs sont raides; le pouls est impossible à compter. L'auscultation fait entendre 15 à 18 systoles par minute.

Insensibilité absolue à toutes les excitations.

A deux heures, on fait une injection sous-cutanée de 250 grammes de sérum physiologique.

Les systoles deviennent un peu plus fréquentes sous l'influence d'huile camphrée; la température est voisine de 34°.

Mort sans avoir repris connaissance à 4 heures et demie. La température, prise à 4 heures, était la même.

Opposition pour l'autopsie.

Je ne reviens pas sur les *signes de début* qui peuvent aussi se rencontrer dans la période d'état, ni sur d'autres petits signes de détail, déjà donnés à la sémiologie, qui peuvent apparaître parfois et qui ont leur importance bien plus pour la pathologie que pour la clinique :

Les *stéréotypies motrices et verbales* (p. 209);

La *catalepsie* (p. 222).

Remarques générales. — Des observations qu'on vient de lire, il ressort que la P. G. est une affection à *symptômes touffus*, très nombreux, variables, mais dont le fond est d'une part la démence, *démence en bloc*, révélée souvent au premier coup d'œil par le *masque spécial* (je ne saurais trop insister sur l'importance de ce signe révélateur, difficile à décrire sans doute, mais qu'on reconnaît facilement avec l'habitude), avec ou sans *délire* de teinte variable, mais souvent de grandeur, « *mobile, diffus, incohérent et contradictoire,* » en règle générale, et d'autre part des *signes physiques capitaux* dont les plus importants sont : *l'achoppement, le bredouillement de la parole*, le *tremblement fibrillaire* des lèvres et de la langue, les signes oculaires, surtout le signe *d'Argyll Robertson*, et la *lymphocytose*. Cette affection évolue fatalement vers la *mort*, terminaison que j'ai pu montrer dans plusieurs

de ces observations, après une *durée* qui varie de quelque mois à dix ans et plus, mais qui est fréquemment coupée par des *rémissions*.

La coïncidence de la vérole, constatée par des signes certains, signe d'Argyll Robertson, tabes, ou avouée par les malades, est trop fréquente pour qu'il n'y ait pas une relation entre la P. G. et elle. En fait, celle-ci est la cause de celle-là, comme pour le tabes. Tabes et P. G. sont deux manifestations dites *parasyphilitiques;* si elles sont liées à la syphilis, elles ne paraissent pas lui être liées directement, car le traitement mercuriel intensif est nuisible pour la P. G. Celle-ci a une lésion des plus caractéristiques révélée par la lymphocytose : c'est une méningo-encéphalite diffuse qui n'apparaît que plusieurs années après le chancre. L'âge moyen où apparaît la P. G. est l'âge moyen de l'homme, car on contracte généralement la syphilis dans la jeunesse; le maximum de fréquence de la P. G. se trouve vers la *douzième année* de l'infection. On connaît aussi des cas de paralysie générale *infantile* par syphilis héréditaire et des cas tardifs après 60 ans.

Difficultés du diagnostic. — La fréquence de la P. G. est si grande et elle a des allures si variées qu'il faut toujours y songer en présence d'un homme adulte, entre 35 et 50 ans, présentant des troubles mentaux. D'autant plus que si les cas que j'ai rapportés jusqu'ici ne donnent pour la plupart lieu à aucun doute, il n'en est pas toujours ainsi. Ce qui apporte la plus grosse difficulté au diagnostic, c'est *l'alcool*. N'ai-je pas mentionné plus haut ces formes d'alcoolisme chronique dites *pseudo-paralysies* générales alcooliques? D'autre part la fréquence de l'alcoolisme dans les antécédents des P. G. d'asile fait que très fréquemment on se trouve en présence d'*hybrides*. Voici un exemple où la ponction lombaire, dont le résultat aurait été décisif, n'ayant pu être faite, par suite de circonstances particulières, je n'ai pu être certain du diagnostic, d'autant plus que je n'ai pas revu le malade : il y avait chez lui alcool certain et syphilis ancienne certaine, puisqu'il avait des gommes en évolution.

Alcoolisme certain. — Syphilis démontrée par des gommes. — Est-ce de la paralysie générale? — Sc.... Jean, journalier, entré à Bicêtre le 5 février 1909, à l'âge de 45 ans.

Antécédents (fournis par la femme.) — S.... buvait habituellement beaucoup de vin et de l'absinthe ; il avait des cauchemars, de l'agitation nocturne et des crampes. Il y a un an s'est levé une belle nuit disant qu'une voiture l'atten-

dait en bas. Il y a quatre semaines il rentre de son travail se plaignant de la tête et commence à dire des choses incohérentes (renseignements très vagues); il a eu cinq enfants dont deux morts en bas âge (le premier et le cinquième).

7 février. — A l'entrée, on constate une parole presque inintelligible. Propos complètement incohérents. Réflexes rotuliens faibles. Inégalité pupillaire, mydriase gauche, mais réaction vive à la lumière. Gros tremblement de la langue.

Sur le tiers moyen du tibia droit, à la partie antérieure, on constate une perte de substance arrondie de la grandeur d'une pièce de 5 francs; deux plus petites du même aspect se voient tout près à la face interne du tibia. Ce sont des gommes typiques.

On donne pendant dix jours 8 grammes d'iodure de potassium. Emplâtre de Vigo.

5 mars. — Amélioration de l'état mental, mais signes nets de démence. Guérison des trois gommes.

26 mai — La famille réclame le malade ; on le lui rend après un nouvel examen. Les signes physiques sont en grande partie disparus, mais le malade a toujours de la perte de mémoire, de la désorientation ; il est incapable d'un raisonnement simple et il est encore incohérent : par exemple, il dit qu'il y a douze jours dans un mois, puis qu'il y a des mois de 24 jours, 30 et 31 jours, etc.

Dans l'exemple suivant, la paralysie générale disparaît en partie sous le masque de l'alcoolisme ; mais les signes physiques sont trop nets pour qu'on puisse méconnaître la première.

P. G. — Complication d'alcoolisme. — Keh..., maçon, entré à Bicêtre le 11 septembre 1908, décédé le 11 mars 1909.

Il paraît qu'il buvait énormément de vin, mais pas d'alcool, d'après son frère. Il aurait été soigné avec des pilules il y a plus de vingt ans.

Le malade est peu solide sur ses jambes, abolition des réflexes rotuliens, accrocs de la parole, signe d'Argyll Robertson, euphorie légère ; démence ; dans la journée et le soir il voit des rats autour de lui et fait souvent le geste de les saisir ; il crie parfois comme s'il était à son travail en regardant au plafond : « Eh là-bas ! fais attention à tomber ! » Tous les matins il raconte que la veille au soir il est sorti en voiture avec l'infirmier et qu'il ont « tapé sur la queue du cheval parce qu'il n'y avait plus de vin et qu'il n'a bu que du lait. » Il ne peut se tenir debout et reste couché constamment. L'affection a une marche rapide. Mort par cachexie le 11 mars.

Il y a là un hybride d'alcoolisme, vraisemblablement délire alcoolique subaigu avec syndrome de Korsakoff, pseudo-souvenir toujours le même, avec la paralysie générale nette précisée par le signe d'Argyll et les accrocs caractéristiques.

J'ai eu l'occasion de voir plusieurs malades qui avaient été envoyés à Bicêtre sous l'étiquette de P. G. L'un deux en particu-

lier avait été soigné antérieurement dans un asile, pour cette affection, par un médecin des plus compétents. Il est resté pendant les trois ans que je l'ai vu dans un tel état d'amélioration que je me suis demandé s'il était bien un P. G. et j'ai fini par pencher vers le diagnostic de *syphilis cérébrale*, améliorée sans traitement. On lira cette observation au chapitre Syphilis cérébrale (p. 441). Je mentionnerai aussi plusieurs cas de *paralysie pseudo-bulbaire*, qui ont été pris pour de la P. G. Je les rapporterai au chapitre Démence artérielle. Enfin je n'insiste pas sur plusieurs malades qui n'étaient que des alcooliques, ni sur d'autres qui n'étaient que des *débiles* et qui ont été pris pendant un certain temps pour des paralytiques.

Mais c'est une preuve de la difficulté que l'on peut éprouver si souvent à formuler un diagnostic certain. La *ponction lombaire* est d'une *importance capitale* dans les cas douteux, à moins qu'il s'agisse de distinguer la P. G. de la syphilis cérébrale, ce qu'elle ne peut faire, puisqu'il y a lymphocytose dans les deux cas.

Exposé général.

La paralysie générale, qui est pathologiquement une méningo-encéphalite diffuse parasyphilitique, est caractérisée cliniquement par une démence « globale », avec ou sans délire, et des signes physiques spéciaux.

La syphilis est nécessaire. Quelquefois elle est héréditaire (P. G. juvénile). Dans les antécédents, on a signalé parfois la folie ou les affections nerveuses des parents. On incrimine comme causes adjuvantes : l'alcool (si fréquent chez les malades d'asile), la civilisation, la vie dans les villes, le surmenage.

Le maximum de fréquence tombe entre la dixième et la quinzième année de la syphilis, par suite entre la trentième et la cinquantième année d'âge en général. Chez l'enfant, entre 13 et 20 ans (syphilis héréditaire).

Période prodromique. — Parfois très longue (années).

Changements d'humeur et de caractère brusques. Craintes vagues. Lassitude, faiblesse, douleurs névralgiques variées et singulières, maux de tête intenses, sensations bizarres dans la tête.

Début (Période dite médico-légale).

Signes psychiques. — Suractivité intellectuelle et motrice, par-

fois joie enfantine, ou dépression, inertie avec des faiblesses intellectuelles fréquentes, pseudo-neurasthénie : oublis, erreurs, négligence. Perte de la politesse; perte des sentiments moraux; actes absurdes , achats, ventes inconsidérés, vols ridicules, etc. Délits variés. Égarement dans la rue. Fugues. Exhibitionnisme; ismtéroe; attentats à la pudeur et aux mœurs.

Signes physiques. — Maladresse dans le travail; mauvais travail; parésies passagères oculaires fréquentes; ictus apoplectiformes, épileptiformes, légers troubles de la parole; migraine ophtalmique; troubles viscéraux divers; insomnie ; cauchemars effrayants parfois.

Période d'état. — *Le masque du P. G. est le plus souvent caractéristique de très bonne heure.*

Signes psychiques. — *Démence progressive en masse :*

Perte de l'attention, difficulté à la fixer et à la maintenir; un des meilleurs procédés révélateurs est de demander les mois à rebours.

Perte de la mémoire des faits actuels et antérieurs.

Pertes du jugement et du raisonnement (par exemple très souvent le malade qui sait encore la date de sa naissance et à qui on dit la date actuelle est incapable de savoir calculer son âge).

Incapacité de percevoir une énorme contradiction.

Désorientation dans le temps et le monde extérieur.

Fatigabilité rapide (à la fin de la conversation la démence apparaît plus qu'au début, de même que les accrocs de la parole).

Indifférence. Satisfaction fréquente, joie, crédulité, passivité. Tristesse, etc. Les sentiments moraux, familiaux, sociaux, de convenance, de pudeur, ont disparu. Exhibitionnisme. Attitudes et tenue en rapport.

Gloutonnerie. Actes incohérents et absurdes. Chiffonnage. Érotisme. Frigidité. Excitation et agitation. Dépression, stupeur. Incohérence. Aspect circulaire. Impulsions, suicide. Violence, homicide. Fugues. Stéréotypies.

Délire surajouté non indispensable : En règle absurde, mobile, contradictoire, incohérent. — Délire de grandeur (souvent avec excitation et agitation), optimiste. Délire d'auto-accusation, de ruine, d'amoindrissement, hypocondriaque, de négation, de transformation corporelle, de persécution avec ou sans hallucinations (quelquefois relativement systématisé) ; ces teintes délirantes sont plus ou moins mélangées, ou alternantes, ou pures.

Signes physiques. — Masque paralytique.

Tremblement fibrillaire et instabilité des mains, *de la langue, des lèvres*, des muscles de la face. Parésies, paralysies transitoires. Catalepsie, spasme, crampes, contractures, mâchonnement, grincement des dents.

Marche difficile par parésie, ataxie, tremblement, quelquefois spasmodique. Chutes soudaines.

Troubles de la parole: Faire lire à haute voix un passage un peu long. Quand ils ne sont pas très marqués, ils se manifestent surtout à la fin; ils peuvent disparaître avec l'excitation et le bavardage. Trémulation, achoppement, bredouillement, traînement, hésitation; suppression, redoublement, interversion d'une ou plusieurs syllabes.

Troubles de l'écriture : 1° calligraphiques : écriture tremblée, ataxique, mal formée, malpropre, etc. ;

2° Psychiques :

a) *Ordonnance de l'écrit :* choix du papier, sale, bizarre; direction irrégulière des lignes, majuscules à tort et à travers, intercalation de figures et de dessins, fautes d'orthographe, mots et syllabes sautés, oublis, etc. ;

b) *Troubles du contenu* dus à la démence et au délire : style, composition, mots de grandeur, etc.

Troubles visuels. Rétrécissement, dilatation, déformation, inégalité pupillaire ; perte des réflexes, *signe d'Argyll Robertson*, réaction paradoxale.

Ptosis, strabisme, diplopie, nystagmus, lésions du fond de l'œil.

Réflexes tendineux : exagérés, abolis; cutanés : variables; signes de Babinski et de Kernig.

Altérations de la sensibilité; signe du cubital.

Troubles trophiques, othématome (1), altérations diverses de la peau et des ongles; zonas, éruptions diverses.

Escarres (2), arthropathies, fractures spontanées, atrophies musculaires.

Autres appareils: lésions diverses.

Rétention d'urine, parésie intestinale, gâtisme fécal et urinaire.

Amaigrissement progressif. Crises d'amaigrissement et d'engraissement variables.

Lymphocytose.

Ictus apoplectiformes, épileptiformes, paralytiques, aphasiques.

(1) Epanchement sanguin dans le pavillon de l'oreille.
(2) Elles ne se produisent que chez les malades mal soignés ou tout à fait à la fin.

Hyperthermie, hypothermie.

Période terminale. — Aggravation de la démence. Disparition de l'intelligence.

Incapacité de se tenir debout.

Gâtisme vésical et anal; stase urinaire et fécale; engouement, paralysie du gosier. Cachexie, troubles trophiques, escarres.

Complications :

Tabes, sclérose des cordons pyramidaux.

Hémorrhagie cérébrale.

Pneumonie, tuberculose, congestion pulmonaire.

Infections de la peau, furoncles, anthrax.

Gommes, etc.

Complications intestinales, urinaires.

Marche. — Fatale, rapide ou lente. *Rémissions* très fréquentes.

Durée. — De quelques mois à dix ans et plus. Moyenne : trois ans à quatre ans.

Terminaison : la mort (1) par . . . .
- Cachexie.
- Décubitus aigu.
- Ictus.
- État de mal.
- Hypothermie.
- Engouement.
- Complications.

Elle paraît arriver surtout en novembre et décembre.

Formes (peu nettes) :

Classique avec délire de grandeur (rémissions fréquentes).

Agitée (quelquefois très rapide).

Dépressive (quelquefois très rapide).

Circulaire.

Hypocondriaque.

Avec délire de persécution et hallucinations.

Démentielle simple.

Tabétique.

Féminine: un peu spéciale ; l'aspect est terne, fruste, effacé. Le délire est moins riche, peut-être parce qu'il y a moins souvent d'alcoolisme adjuvant, et il roule souvent sur les préoccupations génitales (100 millions d'enfants, fleuve de sang menstruel, etc).

(1) Quelques auteurs ont donné des cas de guérison de P. G.; jusqu'à plus ample informé, je crois qu'on peut continuer à considérer pratiquement la P. G. comme incurable.

Infantile : elle se montre le plus souvent sous la forme de démence simple paralytique sans délire. L'évolution est très lente, d'une durée assez longue. Je crois qu'on l'a souvent confondue avec la syphilis cérébrale simple héréditaire (voyez p. 491). — A mon avis on ne peut admettre la P. G. infantile que lorsqu'il y a les signes physiques *pathognomoniques :* accrocs de la parole, tremblement fibrillaire des lèvres et de la langue, masque.

Diagnostic (1). — *De la P. G. juvénile*, avec : la débilité mentale ; la syphilis cérébrale ; la démence épileptique ; l'hébéphrénie.

De la période prodomique, avec : la neurasthénie.

De la période de début, parfois très difficile, avec : la neurasthénie; la neurasthénie syphilitique ; l'hystérie ; l'épilepsie.

De la période d'état, avec : l'alcoolisme chronique ; la syphilis cérébrale (voyez plus bas) ; le ramollissement cérébral (voyez plus bas) ; la débilité mentale avec délire ; le délire épileptique avec confusion ; la confusion mentale ; les folies discordantes débutant un peu tard.

On peut ajouter encore : la démence sénile débutant tôt ; le délire infectieux ; le saturnisme ; la sclérose en plaques ; la maladie du sommeil, etc.

En un mot avec *tous* les troubles mentaux.

Quand on hésite entre la P. G. et un trouble mental non syphilitique, si le signe d'Argyll Robertson manque, la *ponction lombaire* vient lever les doutes.

Traitement. — Purement symptomatique.

Ne jamais employer le mercure qui est très mal supporté.

Contre l'excitation et l'agitation : bains prolongés, hypnotiques variés.

Prévoir le suicide possible surtout dans les formes avec dépression et auto-accusation.

Hygiène alimentaire. Surveiller la *gloutonnerie.*

La propreté rigoureuse, surtout à cause du gâtisme, prévient les escarres qui n'arrivent que tout à la fin (Traitement spécial, voyez à la IVe partie).

Contre les accès apoplectiformes, épileptiformes, paralytiques : ergotine, révulsifs, saignée (ne pas oublier la température pour le pronostic : pourtant j'ai vu se rétablir des P. G. qui avaient atteint 40°).

(1) Je ne fais qu'une énumération, le diagnostic étant indiqué en traitant de chaque type clinique.

Internement. — Quand faut-il interner un P. G. ? Quand il y a une surveillance possible au domicile, et qu'il n'y a pas d'excitation ni d'agitation, on peut soigner le malade chez lui. Chez les pauvres, l'internement est utile dès le début, dès que la démence ou le délire sont suffisants, pour justifier le certificat, car le P. G. est toujours mal soigné chez lui. J'ai vu des P. G., sortis de Bicêtre sur la demande de la famille et ramenés très amaigris, aggravés et escarriés, se remettre rapidement une fois réintégrés. La privation d'alcool est un bénéfice certain.

Prophylaxie. — Ne pas contracter la syphilis. La soigner sérieusement si on l'a, car, paraît-il, ce sont les syphilis mal soignées qui mènent à la P. G. (1). Ne faire d'excès d'aucune sorte ; bref, les recommandations banales ordinaires.

(1) On a signalé des cas de P. G. *conjugale*, un conjoint ayant communiqué la syphilis à l'autre, et tout deux ayant terminé par la méningo-encéphalite diffuse. J'ai vu plusieurs femmes contaminées par leur mari, devenues ensuite P. G., venir me réclamer un traitement préventif, hantées qu'elles étaient par la crainte de finir comme leur époux. J'ai cru utile plusieurs fois de les soumettre à un traitement sérieux.

CHAPITRE IX

SYPHILIS CÉRÉBRALE (1)

SOMMAIRE.— Rappel du côté « infectieux » de la syphilis. Syphilis cérébrale avec grosses lésions. Un exemple de syphilis cérébrale prise pour de la P. G. Deux exemples de syphilis cérébrale avec aphasie. Un exemple avec signes de lésions localisées, cécité, délire vague et incohérent. Un exemple exceptionnel sous la forme de syndrome de Korsakoff sans faux-souvenirs. Ces exemples montrent qu'il y a toujours des lésions localisées, et que les troubles mentaux sont très divers.
Exposé général.
Appendice. — Délire de persécution avec tabes; interprétation délirante des troubles sensitifs du tabes.

J'ai déjà touché en passant à une partie de ce sujet à propos du délire infectieux en discutant l'observation de Q... Ce *côté infectieux de la syphilis* est encore trop mal connu pour que je m'y appesantisse. Ici je ne m'occuperai que des troubles mentaux liés à la syphilis avec *grosses lésions cérébrales tertiaires*, qui par tant de côtés se rapprochent de la paralysie générale, si bien que parfois il est difficile de distinguer l'une de l'autre, soit cliniquement soit même *post mortem*.

Je renvoie au chapitre Arriérations pour les syphilis cérébrales infantiles (voyez p. 491).

Voici d'abord un cas qui a été pris par des confrères des plus compétents pour de la paralysie générale.

Syphilis cérébrale prise pour de la P. G. Signes de lésions localisées. — Ri..., dessinateur, 34 ans à son entrée à Bicêtre, le 14 juin 1905.

Renseignements (pris en janvier 1906). —Il est très difficile d'avoir des renseignements par la femme du malade qui paraît y mettre peu de complaisance. Tout ce que l'on peut savoir, c'est que R... est malade depuis sept ans. Il a vu double au début, a été très agité et très violent; malgré cela sa femme l'aurait soignée chez elle jusqu'en mars 1902, époque où il a été placé dans un asile où il a été très agité et gâteux avec délire de grandeur, accès épileptiformes et embarras de la parole. Il est ressorti en juillet, encore très affaibli et gâteux. Peu de temps avant son entrée à Bicêtre, il aurait, étant amélioré,

1) RÉGIS, *Précis*, p. 731. — E. DUPRÉ, *Traité de G. Ballet*, p. 1225.

fait une fugue jusqu'à Nice où sa femme a pu le retrouver. Il a été considéré, dit sa femme, comme atteint de paralysie générale par tous les médecins qui l'ont vu ; effectivement les certificats que j'ai pu consulter portent ce diagnostic. Il paraît qu'à son entrée dans le service il était dans le même état mental que maintenant, mais qu'il traînait un peu plus la jambe et était plus apathique.

Le malade est un homme grand et fort qui a un aspect un peu « endormi », mais qui n'a en aucune façon le masque du P. G. Il se tient de la façon la plus correcte et se laisse examiner avec la meilleure volonté du monde. Aucun signe de paralysie générale : pas de troubles de la parole, à peine un léger tremblement de la langue seule, pas de tremblement des lèvres, ni des membres. Pas de troubles ataxiformes quelconques. Il y a seulement un peu de traînement de la jambe gauche quand le malade marche; il s'aide d'une canne. Réflexes rotuliens exagérés à droite; achilléens normaux; normaux aux membres supérieurs; cutanés normaux. Signe de Babinski à gauche. Pas de trépidation épileptoïde. Pas de troubles de la sensibilité. Aux yeux, légère dilatation pupillaire gauche. Réflexe lumineux normal à gauche; à droite extrêmement faible. Réflexe accommodatif normal. Surdité datant de l'enfance à gauche. Bruit aortique clangoreux. Pas d'autres signes physiques.

Au point de vue mental, R... paraît « éteint », autant qu'on en peut juger lorsqu'on ne connait pas son état avant la maladie. Mais, en outre, il y a quelques particularités intéressantes. Il se rappelle très bien sa vie antérieure jusqu'à il y a sept ans environ. C'est ainsi qu'il donne la date et le lieu de sa naissance (en Bohême), des détails circonstanciés sur sa venue à Paris, les maisons où il a travaillé comme dessinateur. Il dit qu'il a toujours habité la rive droite et qu'il connaît peu la rive gauche. Il avoue avoir eu la syphilis à 21 ans et s'être fait soigner au Midi par le docteur Humbert avec des pilules, du sirop de Gibert et de l'iodure pendant quatre ans. Il n'aurait pas eu d'accident jusqu'à l'époque de son mariage, contracté à l'âge de 26 ans. Il n'a pas eu d'enfant et sa femme n'a pas fait de fausse couche. Il se rappelle l'Exposition de 1900. Pourtant c'est vers cette époque qu'il a commencé à être malade : il a vu double et le docteur T... lui a fait des piqûres de biiodure. Il avoue qu'il y a cinq ans ou cinq ans et demi, il perdait la mémoire, ne pouvait plus faire de compositions décoratives ; puis il fut obligé de s'aliter pour des douleurs de jambes et il resta, dit-il, couché chez lui pendant dix-huit mois. Mais il nie énergiquement être entré dans un autre asile qu'ici et sa fuite à Nice lui est également complètement inconnue. Il y a là une lacune qui porte sur plusieurs années, et non reconnue par le malade. A part cela, il ne paraît pas pour la mémoire actuelle notablement affaibli; il se rappelle bien tous ses faits et gestes à l'intérieur de l'hospice, etc. La seule chose qui marque un affaiblissement intellectuel est l'indifférence avec laquelle il accepte son séjour; sa femme qui veut divorcer vient le voir régulièrement et il accepte aussi volontiers ces visites et ce projet contradictoires. D'autre part, il s'occupe de dessiner des meubles, mais il n'a plus, d'après les renseignements que j'ai obtenus, l'imagination nécessaire pour composer. Enfin il demande, s'il est possible, à passer dans les divisions des vieillards.

La ponction lombaire faite à deux reprises a révélé une lymphocytose presque normale.

Depuis le 1er janvier 1906 jusqu'au 30 octobre 1907, laps de temps pendant lequel j'ai suivi le malade, l'état mental est resté le même, mais la marche est devenue de plus en plus facile, bien que le malade ait pris l'habitude d'avoir toujours une canne. R. est passé aux vieillards en octobre 1907. Grâce à l'amitié du professeur P. Marie, j'ai eu des nouvelles du malade jusqu'en décembre 1909. A cette date, l'état était le même; une ponction lombaire a révélé une lymphocytose absolument normale, mais une réaction de Wassermann positive.

En somme, je ne pouvais devant ces symptômes hésiter au début qu'entre la syphilis cérébrale et une P. G. avec rémission. Mais il est exceptionnel qu'une rémission dure autant et soit aussi complète tant somatiquement qu'intellectuellement et, d'autre part, une lésion localisée, même minime mais persistante, comme celle que présentait R..., se rencontre rarement dans la P. G.; force me fut de me rallier au diagnostic syphilis cérébrale. L'absence de lymphocytose va bien avec la disparition des troubles tumultueux des premières années. Il y a guérison (sans traitement) avec léger déficit intellectuel (Heilung mit Defect des Allemands). Mais cette observation prouve que la syphilis cérébrale peut simuler la P.G. à s'y méprendre, ce qui est fort instructif. Malheureusement je n'ai pas connu le malade dès le début ; c'est là une lacune des plus regrettables de mon observation.

Les deux malades suivants ont aussi été guéris relativement, mais après traitement et avec reliquat de lésions localisées. L'affection a bien été prise pour ce qu'elle était.

Syphilis cérébrale améliorée avec lésions localisées et reliquats : difficultés de la parole, aphasie modérée. — *Octobre 1909.* — Le malade Bru... vient consulter du dehors. (Il n'a pu être vu que deux fois rapidement.)

Le malade a été paralysé il y a neuf ans à l'âge de 42 ans. Paralysie droite survenant tout d'un coup.

Le malade était fondeur. Pas de coliques de plomb. Pas d'excès de boisson, ni de maladies vénériennes avouées.

Malade traité chez le professeur Gaucher par des piqûres pendant deux ans, avec, dit B..., une amélioration. Depuis, il a été soigné par l'iodure de potassium.

Chez M. Gaucher, le malade est resté six mois dans un état très grave, presque dans le coma; il a reçu du benzoate de mercure à raison d'une piqûre par jour, à dose très forte au début, puis diminuant progressivement. Ce traitement avait produit une amélioration considérable.

Paralysie faciale droite à type inférieur. La face est déviée à gauche dans toute sa moitié inférieure; la langue est déviée, le voile du palais paraît normal bien que le malade déclare avaler parfois de travers. Par contre, les mouvements du front et des yeux sont normaux.

Pas de paralysie des membres supérieurs ni des membres inférieurs. La marche est normale. Il n'y a pas de diminution de la force musculaire du côté droit et le malade accomplit facilement même des actes délicats comme celui de boutonner ses bottines. Les réflexes ne sont exagérés ni aux membre supérieurs ni aux membres inférieurs. Pupilles égales. Pas d'Argyll.

Le malade a une très grosse difficulté d'élocution, caractérisée par un empâtement général avec escamotage de certaines syllabes, qui, au premier abord, rappelle l'embarras de la parole d'un paralytique général avancé. En outre, il a de la difficulté à trouver ses mots; ces phénomènes aphasiques apparaissent surtout au bout de quelque temps d'interrogatoire, alors que le malade est fatigué; la première syllabe du mot lui fait alors en général retrouver le mot tout entier.

Le malade lit sans difficulté et se rappelle bien ce qu'il a lu.

L'écriture est au contraire très défectueuse; dans ce trouble graphique on peut mettre en évidence deux éléments : dans certains cas le malade ne peut écrire un mot parce qu'il ne sait plus comment s'écrit ce mot et n'arrive pas à l'épeler; dans d'autres cas il ne peut écrire un mot qu'il épelle correctement.

Les calculs simples sont effectués convenablement.

Dans l'ensemble, le malade paraît légérement affaibli; il a des crises de larmes quand il ne trouve pas un mot ou n'arrive pas à l'écrire. Cependant il est bien orienté et sa mémoire paraît bonne en gros; l'épreuve des trois papiers est aisément effectuée.

Ponction lombaire le 8 novembre. Quelques rares lymphocytoses.

Chez cet homme, le début, il y a neuf ans, avait été marqué par une paralysie droite, qui a rétrocédé sous l'influence du traitement et n'a laissé que la paralysie faciale et l'aphasie légère après elle. Donc la localisation était énorme, accompagnant un trouble mental très profond, mais peu comparable à celui d'une P. G.

Syphilis cérébrale améliorée. Hémiplégie droite et aphasie persistantes. — Pro..., marchand de vins, âgé de 40 ans, entré à Bicêtre le 27 décembre 1905.

Renseignements donnés par son oncle. — Malade depuis le 18 septembre 1904. Il eut une congestion à cette époque, resta sans connaissance et demeura paralysé du côté droit. Depuis, il a aussi perdu l'usage de la parole : ne prononçait d'abord aucun mot, puis s'en rappela quelques-uns. Actuellement, il ne sait que quelques mots, mais, quand on dit un mot devant lui, il le répète facilement.

Il fut traité chez lui par le docteur Babinski, qui le fit envoyer à la campagne. Il eut à certains moments des attaques de rage, accès de colère, cherchait à frapper autour de lui. Par moments, paraît avoir des visions, semble avoir peur : « on dirait qu'il voit quelque chose ».

Ne cherchait pas à s'en aller de chez lui. Parfois aussi a des attaques; tombe comme mort. Cela dure de dix à quinze minutes, puis il se met à crier. Il perd connaisance, reste immobile sur le lit, a des secousses des bras; à la fin il est abattu, endormi. Il y a déjà deux ou trois ans, a déjà eu en petit des attaques de nerfs assez comparables à cela. En avait souvent; depuis son attaque il en a parfois quatre ou cinq par semaine.

Marié depuis treize ans. Sa femme a eu deux fausses couches, pas d'enfants vivants.

Aurait eu la syphilis (à 22 ou 23 ans). S'était incomplètement traité.

Buvait (il tenait un comptoir de marchand de vins à Paris).

D'après sa femme, il buvait beaucoup avant son mariage. Au début de son mariage était exalté, avait des accès de violente colère, de fureur. La nuit il sursautait dans son lit, avait des visions, des cauchemars. Depuis 1900, il est « comme tout à fait fou ». Se mettait en colère à propos de rien, était irritable, méfiant.

Les crises de nerfs qu'il avait le prenaient comme un malaise. Il en avait comme cela depuis un an ou dix-huit mois avant son attaque. Actuellement il est tout à fait enfant et devient de plus en plus méchant. A conservé quelques mots qu'il répète. Il ne sait pas trouver ses mots, mais répète facilement ceux qu'on lui dit.

L'été il se promenait un peu en compagnie de sa femme. Il revenait bien chez lui.

Les attaques de colère étaient très fortes. Aurait tout brisé.

Mange gloutonnement. Un peu sale. N'a pas grand soin de lui.

Comme antécédents : son père était alcoolique. La mère est morte jeune. Un frère, très robuste, boit beaucoup, est très méchant.

Se portait bien dans son enfance.

La syphilis a été traitée par des injections de mercure (calomel).

On lui a fait des piqûres pendant trois mois (tous les cinq jours).

De plus on lui fait de l'Inésol et des frictions d'onguent napolitain tous les jours.

Sa femme lui faisait aussi des piqûres de morphine (quatre à six par jour) pour le calmer.

Examiné le 29 décembre 1905.

Signes physiques :

Yeux : inégalité pupillaire (à droite : plus grande) ;

Signe d'Argyll Robertson ;

Cercle sénile, accentué surtout en haut ;

Un peu de ptosis droit.

Langue déviée légèrement à droite.

Tremblement fibrillaire des lèvres en masse.

Troubles moteurs : pas de Romberg. Diminution de la contractilité musculaire à droite ; marche difficilement ; la jambe droite traîne ; il fauche un peu ; pas de steppage.

Réflexes rotulien : aboli à gauche, un peu fort à droite.

Réflexes palmaire et olécrânien droits forts.

Pieds : clonus à droite. Pas de Babinski.

Troubles trophiques : nuls.

Troubles de la sensibilité : Un peu d'hyposthénie à droite.

État mental : Calme, tranquille. Ne paraît pas excité. Ne dit que « pays » — « feignant ». Comprend tout ce qu'on lui dit, reconnaît assez bien les objets, et peut les prendre quand on le lui demande, mais se trompe souvent. De plus ne peut dire leur nom, mais le répète quand on le lui dit.

20 janvier 1905. — Il se plaint de vives douleurs dans la jambe et le bras

droits. Il fait signe avec la main gauche que tout son côté droit a été paralysé. Il paraît conscient de sa situation, se lamente et laisse entendre qu'il est sûr de sa mort prochaine. Comprend parfaitement bien tout ce qu'on lui dit et exécute chaque ordre qu'on lui donne. La motilité paraît un peu revenue du côté paralysé, mais l'aphasie reste au même degré : ne peut spontanément dire que « pays, feignant, oui ». Répète bien les mots qu'on lui dit.

A partir de ce moment son état est absolument stationnaire. Il a des crises épileptiformes de temps en temps, mais qui paraissent pourtant devenir moins fréquentes.

Il est proposé pour passer aux divisions d'incurables de l'hospice.

Le malade suivant, tout en étant porteur de lésions circonscrites, a présenté un délire à aspect démentiel qui se rapprochait par certains côtés de celui de la paralysie générale.

Syphilis cérébrale. — Délire incohérent. — Signes de lésions localisées. — Thé..., magasinier, entré à Bicêtre le 6 juillet 1904 à l'âge de 43 ans, transféré à Nanterre le 12 août 1909.

Antécédents (*fournis par la femme de Thé...*) — Antécédents héréditaires inconnus. A fait de bonnes études, a déserté du service militaire belge. Il a deux enfants bien portants. Pas de fausses couches de la femme. — Sobre, pas buveur, jamais de maladie.

En 1901, il reçoit sur la nuque un bloc de fonte. Deux mois après la vue du malade baisse. Il va consulter M. Abadie qui lui fait des injections intraveineuses de cyanure de mercure. Ce traitement n'amène qu'une amélioration momentanée. Depuis ce moment le caractère de Thé... s'assombrit; il devient jaloux, cherche à se suicider; il a pris un rasoir et s'est fait une entaille au cou. Idées de persécution vagues, pas d'hallucinations de la vue ni de l'ouïe. (d'après sa femme); pourtant, une nuit, le malade aurait vu le bon Dieu. Excitation génésique pendant un mois.

7 juillet. — Le malade est complètement aveugle; les pupilles sont insensibles à la lumière. Il y a du strabisme interne de l'œil droit. Les réflexes des membres sont très exagérés. A part cela, Thé... paraît seulement très légèrement affaibli intellectuellement; il a des idées de persécution très vagues, si bien que je fais un certificat d'attente.

10 juillet. — Ponction lombaire. Lymphocytose très abondante. A partir de ce moment il est examiné de temps en temps, parce que si le niveau mental paraît peu affaibli, en revanche il y a à de certains intervalles des manifestations délirantes incohérentes et absurdes qui attirent l'attention. C'est ainsi que :

Le *27 août* il raconte qu'il a rêvé. « J'ai rêvé que j'étais Napoléon et que j'ai renversé le pape. Je ne peux m'expliquer pourquoi, quand je change une pièce de vingt sous, on me rend des sous avec l'effigie de Napoléon et jamais celle de la République. »

D. — Y a-t-il là un rapport avec votre rêve ?

R. — Monsieur, je ne sais pas; j'ai rêvé, mais je crois que je n'y suis pour rien dans la guerre avec l'Allemagne.....

D. — Croyez-vous que ce soit quelqu'un qui vous suggère ces idées?

R. — Quelque chose qui opère sur moi.

D. — Quoi? l'électricité?

R. — Je ne sais pas; je sens parfois un tressaillement.

18 décembre. — Il ressent, dit-il, des élancements dans les yeux, comme un grelot, attribués vaguement à un « on » sur lequel on n'obtient pas de renseignements « Je croyais que je descendais de Napoléon, je n'en suis pas sûr. » ..... J'ai 33 lettres dans mon nom, j'ai 45 ans, je suis né en 1863, je pèse 75 kilos, » etc.

23 décembre. — Il se plaint qu'on veuille le supprimer, c'est la calotte et le régime impérial; il sera mort avant le printemps. Il est obligé de tirer la chaîne du réservoir des W.-C. pour empêcher qu'on jette des barres de fer par terre.

29 mai 1909. — Il se plaint d'être électrisé la nuit et tient des propos incohérents à propos de la chaîne du réservoir des W.-C. qu'on l'oblige à tirer.

Peu à peu ces idées de persécution et de grandeur ont disparu. Il n'est resté que l'affaiblissement intellectuel, assez peu marqué pour que Thé... pût être proposé pour Nanterre où il a fini par être transféré.

Ainsi ce malade qui avait été traité très énergiquement par le mercure, sans résultat, avant son entrée, s'est amélioré graduellement sans nouveau traitement, du moins les troubles mentaux, car la cécité et le strabisme n'ont pas changé. Au point de vue mental, l'affaiblissement intellectuel n'était pas très marqué, le malade se comportant raisonnablement dans le service, mais le délire incohérent, absurde, vague, de persécution et de grandeur, avait un cachet qui aurait pu faire songer à la P. G. si la mimique n'avait été intelligente. De plus, ce délire avait bien plutôt la teinte d'un délire de rêve, très analogue à celui que l'on rencontre chez certains vieillards affaiblis, et d'autre part « les yeux qui étaient comme des grelots », c'était une idée hypocondriaque analogue à celles que l'on rencontre parfois dans certains délires chez les tabétiques, où les lésions servent d'amorces aux idées délirantes.

Voici maintenant une observation où la syphilis cérébrale s'est présentée sous la forme rare de syndrome de Korsakoff (voyez p. 259) sans faux-souvenirs (1).

Syphilis cérébrale avec syndrome de Korsakoff sans faux-souvenir. — Lac..., âgé de soixante et un ans, ayant exercé pendant longtemps la profession d'ouvrier typographe, entre à Bicêtre le 29 août 1906.

(1) Cette observation a été publiée : Chaslin et Portocalis, Un cas de syphilis cérébrale avec syndrome de Korsakoff à forme amnésique pure, *Journal de psychol. norm. et path.*, juillet-août 1908, 5e année, N° 4.

Nous n'avons eu sur les antécédents personnels du malade que quelques renseignements qui nous ont été fournis par les amis de ce dernier. Mais ces renseignements sont importants :

L... contracte, étant jeune, vers quinze ans, la syphilis (le malade se rappelle bien l'avoir eue). Le médecin qui le soignait, il y a quelques années, lui aurait fait des piqûres. L... aimait à faire bonne chère et se donnait comme un bon vivant. Il n'aurait jamais présenté ni colique de plomb ni paralysie. Il était marié, père de deux enfants, et séparé ou divorcé de sa femme.

Au mois de décembre 1904, L... aurait eu un premier ictus apoplectiforme. A la suite, ses amis constatent un affaiblissement très marqué de la mémoire : le malade inscrit sur un carnet tout ce qu'il lui est utile de se rappeler. Cet affaiblissement conscient va en croissant et inquiète beaucoup le malade.

Le 20 août 1906, nouvel ictus. Deux jours plus tard le malade perd de nouveau connaissance et est amené à la Charité, où, après un séjour de quelques jours et vu sa turbulence (?), on l'envoie à Sainte-Anne et de là à Bicêtre.

L'attitude et la tenue de L... sont correctes, la physionomie gaie et insouciante, sauf par intervalles où L... devient triste, préoccupé, par retour sur lui-même, de son état de santé.

Dès le début de la conversation d'examen, le lendemain de l'entrée, on s'aperçoit que le trouble mental porte sur la mémoire.

D. — Bonjour, Monsieur.

R. — Bonjour, Monsieur, mais je ne suis pas un halluciné.

D. — Comment vous appelez-vous ?

R. — L...

D. — Quel âge avez-vous ?

R. — Je suis de 1845.

D. — Oui, mais quel âge avez-vous?

R. — Je ne sais pas; en quelle année sommes-nous? C'est une absence, mais je ne suis pas un maboule pourtant ! (Le malade cherche un journal pour trouver la date.).... Nous sommes au XIXe siècle, en 1800..... en 1870..... en 1900..... mais même plus ; c'est donc pour ça qu'on m'a amené ici..... je suis donc atteint d'aliénation mentale !

D. — Où êtes-vous, ici ?

R. — Je ne sais pas, je suis à..... mettez moi donc sur la voie..... oh ! décidément je suis donc atteint d'aliénation mentale ? (le malade se met à pleurer.)

D. — Voyons, Monsieur, comment êtes-vous venu ici ?

R. — Ici, je n'en sais rien.

D. — Depuis combien de temps êtes-vous ici ?

R. — Quarante huit-heures, trois jours (le malade est entré la veille au soir)..... non, décidément, je pers la tête.

D. — Pourquoi êtes-vous venu ici ?

R. — Je ne sais pas, je suis donc fou?

D. — Où étiez-vous avant de venir ici?

R. — Chez moi.

D. — Où ça ?

R. — Oh! je ne sais pas, j'ai oublié, voyons c'est-il bête çà, pourtant j'ai bien un domicile.

D. — Oui, vous habitiez rue R...

R. — Ah! oui, rue R...

Quelques secondes après, on demande au malade d'indiquer l'adresse de son domicile, il l'a déjà oubliée.

On peut, pour toutes les questions, essayer d'exciter le pouvoir d'acquisition du malade, celui-ci est incapable de retenir un fait, une date, le nom d'un édifice.

Toutes les conversations suivantes ressemblent pour le fond à celle-ci et l'état n'ayant pas sensiblement varié jusqu'à la mort de L..., nous résumerons les constatations successivement faites, ainsi qu'il suit.

Il y a amnésie généralisée très étendue, à la fois actuelle ou continue, et rétrospective (rétrograde); mais il n'y a pas d'aphasie. Si l'on examine la mémoire du malade au point de vue du pouvoir de la fixation des idées, on constate que ce pouvoir est complètement aboli.

Exemple :

D. — Où habitez-vous?

R. — Je ne sais pas, j'ai oublié, pourtant j'ai bien un domicile.

D. — Vous habitiez rue R...

R. — Ah! oui, rue R...

Quelques secondes après on demande de nouveau au malade l'adresse de sa dernière demeure; non seulement il ne s'en souvient plus, mais ignore également que quelque temps auparavant on venait de lui poser la même question.

Autre exemple:

On lui montre une carte postale représentant l'avenue des Champs-Élysées.

Le malade prétend que c'est l'avenue de l'Étoile; à cinq ou six reprises différentes on lui montre la même carte postale, il oublie cependant toujours la rectification qu'on vient de lui faire et répond constamment : ça c'est l'avenue de l'Étoile!

Les deux exemples précédents montrent que la capacité d'acquisition mnémonique est nulle. Le malade ne peut retenir non seulement des phrases, mais même un seul nom, une seule date, un seul mot qu'on lui indique. Ajoutons également que la durée de conservation est nulle et cela, même si on lui fait répéter ou écrire plusieurs fois de suite le même mot, si on essaye une rééducation.

Peut-on, chez le malade L..., attribuer ce manque d'aquisition mnémonique à un défaut de perception, comme cela s'observe au cours de la confusion mentale, par exemple? Non, car on se rend compte très facilement que le malade fixe son attention sans difficulté apparente et comprend immédiatement et sans effort les questions qu'on lui pose. Il reconnaît les objets, s'en sert sans difficulté et les nomme sans hésitation. Il fait des efforts, mais infructueux, pour retenir. Par exemple, on montre au malade un bon sur lequel est notée la date du 8 septembre 1906; le malade tâche d'apprendre cette date et, de peur de l'oublier, la répète continuellement à voix basse. Au bout d'un instant cette date est oubliée totalement.

La désorientation dans le temps est complète ainsi que dans le monde extérieur, comme nous l'avons vu plus haut : le malade ne reconnaît pas les salles ni son lit.

Il ne reconnaît pas certaines personnes, le chef de service, les internes, ou le surveillant, mais il reconnaît et nomme ses amis quand ceux-ci viennent le voir. Il oublie d'ailleurs immédiatement après leur visite et leur existence.

Le malade a non seulement perdu la capacité d'acquisition mnémonique actuelle, mais aussi un grand nombre des résultats antérieurs acquis. Cette perte du pouvoir d'évocation des souvenirs est loin d'être systématisée à une période de la vie du malade; elle porte sur presque toute son existence. Si tous les faits récents sont complètement oubliés, il ne reste, des faits anciens, dans la mémoire du malade, que quelques vestiges qu'il puisse évoquer; les mieux conservés sont ceux de la première enfance de L...

Exemple :

D. — Comment vous appelez-vous?

R. — L...

D. — Quel âge avez-vous?

R. — Je suis de 1845.

D. — Eh bien, quel âge avez-vous?

R. — Je ne sais pas : au fait en quelle année sommes-nous? etc. (Voyez plus haut.)

D. — Quel metier exerciez-vous?

R. — Ma foi.... au fait, c'est vrai, quel était mon métier?

D. — Vous étiez compositeur typographe.

R. — Ah! mais oui, que je suis bête.

D. — Etes-vous marié? (il était marié.)

R. — Mais au fait avec qui donc suis-je marié?

D. — Combien d'enfants avez-vous?

R. — Je crois deux (exact).

D. — Comment s'appellent-ils?

R. — Oh! je ne sais pas; je crois Camille (exact) et ma foi, j'ai oublié le nom de ma fille.

D. — Où êtes-vous né?

R. — A Paris, rue de Seine, 31.

D. — Où avez-vous été à l'école?

R. — Rue des Marais-Saint-Germain, 13, actuellement rue Visconti.

D. — Avez-vous fait votre première communion?

R. — Oui, à Montrouge.

D. — Avez-vous poursuivi vos études après?

R. — Oui, je suis entré à Turgot.

D. — Et après, où avez-vous été en apprentissage?

Le malade cite quelques noms de patrons, mais ne peut préciser ni leur adresse, ni le temps qu'il est resté chez eux : « Je suis entré chez W... comme ouvrier, mais je ne suis pas sûr; je dois y être resté un an. »

Le malade dit ne plus se souvenir de rien à partir de 1864 (L... avait à cette époque 19 ans).

Le fait est, ainsi que nous l'avons constaté précédemment, que le nom de ses enfants, leur âge, leur existence même, ne sont évoqués qu'avec un sentiment de doute sur l'exactitude de ces souvenirs.

R. — N'ai-je pas aussi une fille? Il me semble que j'avais une fille.... Je suis vraiment atteint d'aliénation mentale, j'ai la mémoire infidèle.

Le souvenir des faits généraux est également gravement altéré.

D. — Vous souvenez-vous de la guerre ?

R. — Oui, j'étais caporal au 84e; j'ai servi aussi la Commune.

D. — Quels sont les faits saillants dont vous vous souvenez; les barricades, les incendies, l'entrée des Versaillais ?

R. — Je ne me souviens de rien; je me rappelle seulement que j'étais assis à la maison, auprès de ma mère, et qu'on disait qu'ils fouillaient partout. Lorsque j'ai vu que ça chauffait, je me suis retiré.

Le souvenir des connaissances spéciales est conservé pour certaines d'entre elles, altéré pour d'autres.

La lecture est facile. L'écriture dictée, spontanée, copiée, est correcte. Le malade sait faire exactement des additions, des soustractions et des multiplications, etc. Il dessine de mémoire la carte géographique de la France et y indique les villes principales.

Mais les mémoires visuelles et topographiques sont très affaiblies; par exemple, les rues et aspects de Paris, les directions à suivre dans Paris, ne sont plus évoqués ou très incomplètement. Pas de surdité verbale. Pas d'aphasie amnésique proprement dite.

La mémoire des habitudes manuelles est assez conservée ; L... est conduit aux ateliers de typographie de l'hospice de Bicêtre : il s'est mis aussitôt à composer correctement et très rapidement. Il a cependant sauté tout un alinéa.

Le lendemain on lui demande :

D. — Qu'avez-vous fait hier après-midi ?

R. — Je ne me souviens pas.

D. — Avez-vous composé ?

R. — Non, ça c'est mon métier, je me serais certainement souvenu.

Nous avons constaté qu'un grand nombre de faits sont complètement rayés de la mémoire du malade, d'autres au contraire existent, mais endormis, et ne sont plus évoqués; le malade a perdu non pas les images mnémoniques mais le pouvoir d'évoquer ces images.

Ainsi il est incapable de donner son adresse rue R..., 57, mais si on la lui montre écrite, il dit immédiatement : « ça c'est mon adresse. » Il ne peut dire le nom de ses amis; on écrit le nom de M.P...et il répond : « c'est mon ami. » Il se trompe d'ailleurs aussi, car lorsqu'on lui montre le nom de Marie, il répond : « c'est le prénom de ma femme », ce qui est inexact d'après les renseignements fournis, et il localise mal certains souvenirs évoqués artificiellement.

L... ne présente que quelques très rares illusions de la mémoire et encore accompagnées de doute : il affirme cependant une fois avoir été bousculé le matin, tandis qu'il s'agit en réalité des piqûres qu'on lui a faites. Ces illusions ont revêtu une fois la forme du « déjà vu » : « Il me semble que je suis déjà venu ici », dit-il, le jour de son entrée à l'hospice. Il a fait aussi quelques erreurs de reconnaissance au début : c'est ainsi qu'il a cru un jour voir sa femme dans le service, et c'était la surveillante, voir sa fille, et c'était une doctoresse, mais il n'affirmait pas, il se demandait si cela était bien certain.

Il est à remarquer que le phénomène appelé confabulation par les auteurs allemands manque totalement, c'est-à-dire que L... ne comble pas par des récits de fantaisie, des faux souvenirs, les lacunes de sa mémoire. Cela ne lui

est jamais arrivé. Il n'y a eu qu'une fois où il a manifesté quelque chose qui se rapproche de loin de ce symptôme : il a reçu la visite d'un ami ; l'un de nous lui demande s'il a reçu une visite, et L... dit que non. « Mais comment s'appelle cette personne? » « Cette personne, dit L..., je n'en sais rien, c'est peut-être un Italien. »

Le malade L... a pleinement conscience de son état et se rend parfaitement compte que sa mémoire est très affaiblie.

D. — Comment ça va?

R. — Mal.

D. — Qu'est-ce qui va mal? Le cœur? l'estomac?

R. — Non, tout va bien de ce côté-là.

D. — Et la mémoire?

R. — Ah! c'est ça, c'est la mémoire qui ne va pas.

Un autre jour on a fait lire au malade une ligne dans un journal ; au bout de deux minutes il a tout oublié et si on insiste pour qu'il s'en souvienne, il répond :

« Je ne sais plus, non, je ne me souviens plus, inutile d'insister, inutile de réfléchir, je ne me souviendrai plus. »

Le malade juge d'ailleurs que pour qu'il ait perdu la mémoire, il faut que sa raison soit fortement ébranlée ; la phrase : « Je suis atteint d'aliénation mentale, je suis maboule », revient régulièrement et à maintes reprises au cours de chaque interrogatoire.

« J'ai peur, a-t-il dit à un moment où il était amélioré, que la mémoire me revienne et qu'elle s'en aille aussitôt après. » Un jour où on lui demandait d'écrire ce à quoi il pensait, il écrit : « C'est malheureux, mais je suis atteint dans une certaine mesure d'aliénation mentale. »

Cette conscience de son état mental provoque chez le malade une émotion bien compréhensible ; des crises de larmes éclatent, surtout quand L... se voit dans l'impossibilité d'évoquer des souvenirs en rapport avec sa vie de famille.

Le malade est cependant loin d'avoir « perdu la raison », sa conversation n'est pas celle d'un dément. Il raisonne comme un homme de sa condition et paraît même à certains moments manifester une intelligence assez vive. Nous avons essayé à plusieurs reprises de juger de son degré d'intelligence en lui soumettant des textes relevés sur le livre de Toulouse et Piéron (si toutefois cela est possible par ces moyens). On lui montre le banc en équilibre instable. Il répond aussitôt : « Mais le banc va tomber. » On lui montre deux gravures presque identiques ; il s'aperçoit très rapidement qu'il manque un arbre dans l'une d'elles. On lui fait lire la phrase suivante :

Un homme armé d'un poignard tua le brigand d'un seul coup de feu.

Le malade s'écrie en riant : « Oh! mais c'est impossible! »

On propose au malade le syllogisme suivant :

Le mensonge est un vice.

Or tout vice est haïssable.

Il prend la plume et écrit :

« Donc il faut haïr le mensonge. »

Il apporte la plus grande attention à tous ces exercices.

Certes, tous ces exemples qu'on pourrait multiplier n'indiquent pas que L...

soit doué d'une intelligence supérieure ; ils montrent que le malade a un degré d'intelligence de beaucoup supérieur à celui d'un dément.

Si nous poussons l'examen plus loin, nous constatons que le malade ne présente aucun autre trouble mental surajouté, aucun délire.

En dehors des accès de tristesse et de larmes provoqués par la constatation de ses oublis, il est plutôt insouciant, d'aspect « bon vivant », comme il l'a toujours été, paraît-il.

Sa conduite dans le service est correcte pour autant que le permettent les lacunes de sa mémoire. Le malade ne s'intéresse pas à grand chose, flâne dans les cours en chantonnant et ne demande pas à s'occuper. Mais ce qui est tout à fait frappant, c'est que malgré cette perte de la mémoire, il a l'air de s'habituer au service, à être interrogé, etc., comme si des souvenirs inconscients agissaient dans une certaine mesure.

Les troubles moteurs sont nuls : la marche régulière : pas de paralysie ; pas de signe de névrite périphérique ; pas de tremblement des lèvres ou de la langue ou des membres ; pas d'embarras de la parole.

La sensibilité est légèrement émoussée, surtout du côté droit.

Les réflexes, exagérés à droite.

Signe de Babinski double, mais surtout à droite.

Pas de clonus du pied.

Les troubles vaso-moteurs sont nuls.

Less phincters fonctionnent normalement.

Surdité à gauche, légère (datant de l'enfance, paraît-il).

Pas d'inégalité pupillaire, les pupilles réagissent à la lumière, un peu lentement cependant.

Pas de liseré de Burton.

La langue est fendillée. Rien d'autre à signaler dans l'appareil de la digestion.

Ni sucre, ni albumine.

Le cœur et les vaisseaux, les poumons sont normaux.

Température normale.

Poids : 68 kilogrammes, à peu près constant.

La ponction lombaire donne une lymphocytose abondante.

Pas d'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Liquide légèrement trouble.

Évolution de la maladie — Du 28 août au 13 septembre, l'état du malade reste stationnaire ; c'est toujours le même état mental, le même état physique.

A cette date on soumet le malade aux injections de biodure de mercure en solution huileuse à 0 gr., 005 ; en augmentant de 0 gr., 005 tous les jours on atteint ainsi rapidement la dose de 0 gr., 05 de mercure à laquelle on s'est maintenu pendant tout le cours du traitement. Sous l'influence de ces injections, il semble survenir une légère amélioration.

Le malade se souvient qu'on lui a fait une piqûre le matin, qu'on est venu le voir la veille, qu'il est à Bicêtre ; il se rappelle la date de son mariage, etc. Pendant plusieurs jours il porte un journal dans sa poche pour y lire la date.

Malheureusement cette amélioration ne persiste pas longtemps : le 28 septembre on s'aperçoit que l'état mental baisse et, en outre, à cette époque apparaissent quelques troubles nouveaux : le malade gâte, ramasse les débris que laissent les autres malades dans leurs assiettes et les mange, etc., etc.

On cesse le traitement mercuriel.

Le 10 octobre on soumet le malade au traitement ioduré.

On commence par 3 grammes d'iodure de sodium par jour jusqu'à concurrence de 10 grammes, dose à laquelle on s'est maintenu jusqu'au 14 novembre.

A cette date, le malade a présenté des signes d'intolérance assez accusés, pâleur, amaigrissement, qui ont nécessité la suppression de l'iodure.

L'état du malade ne se modifie guère jusqu'au 14 décembre.

Dans la nuit du 14 au 15, le malade présente un ictus apoplectiforme et tombe dans le coma.

De 2 heures du matin à 1 heure et demie du soir, 41 accès épileptiformes. Mort le 15 décembre, en état de mal.

On remarquera la forme insolite de cette syphilis cérébrale, le signe de Babinski double, enfin l'apparition au bout de 45 ans de durée de cette dernière manifestation de la vérole. J'ai donné cette observation avec tous ses détails fort longs, pour montrer comment dans certains cas exceptionnels on est obligé d'examiner les troubles de la mémoire dans ses éléments multiples.

Exposé général.

Symptômes. — Ces observations éclairent en partie les notions principales que l'on doit avoir sur la syphilis cérébrale et qui sont les suivantes :

1° Il y a toujours des signes de *lésions nerveuses localisées*, très souvent irréparables (en tous cas plus durables que dans la P. G). Il y a fréquemment des attaques épileptiformes.

2° Ces lésions sont *très variables* : paralysie des membres, de de la face, des yeux, lésions du nerf optique, cécité, etc. Le signe d'Argyll Robertson peut manquer. La *lymphocytose* est un signe capital, mais *non pathognomonique* ; je veux dire par là qu'il se rencontre dans *d'autres* affections para-syphilitiques, le tabes, la P. G. et les méningites.

3° Les troubles mentaux sont très *divers*.

D'abord, ils peuvent *manquer* totalement. C'est ainsi qu'un malade que j'ai eu dans le service des épileptiques de Bicêtre n'en avait pas; il présentait seulement une hémiplégie gauche avec contracture et accès *d'épilepsie* généralisée. Il avait été soigné au Midi et je lui ai injecté en plusieurs séries du calomel à haute dose sans aucun résultat.

Ils peuvent être voisins du *coma*, de la *stupidité* la plus intense avec ou sans excitation incohérente ; apparaître sous forme de *con-*

fusion, de neurasthénie psychique, de démence plus ou moins marquée.

Ils peuvent s'accompagner d'*aphasie* comme chez Bru... et Pro... dont on a lu l'histoire. Chez un autre malade, Web..., où la syphilis cérébrale était apparue sur un fond d'alcoolisme chronique, il y avait un état de *confusion* tellement typique qu'au début on avait cru à de la confusion post-épileptique, d'autant plus qu'il y avait eu attaque épileptiforme avant l'entrée à Bicêtre. Cet état dissipé a laissé paraître une aphasie incomplète qui s'est améliorée légèrement. Puis le malade a été perdu de vue.

Le *délire* peut exister et être très variable, très comparable à celui de la P. G. ou, tout en étant incohérent, avoir plutôt une teinte de rêve ou revêtir une autre forme.

Enfin, les troubles mentaux peuvent prendre l'aspect du *syndrome de Korsakoff* plus ou moins pur.

Diagnostic. — Si les symptômes physiques ne sont pas très apparents, on peut prendre la syphilis cérébrale pour tous les troubles mentaux, mais surtout ceux où il y a stupidité, confusion, délire de rêve. On devra donc soigneusement rechercher les signes physiques, pour peu que l'on soupçonne la syphilis et spécialement le signe d'Argyll Robertson et la lymphocytose.

Avec *l'épilepsie tardive :* penser toujours à rechercher la syphilis derrière la convulsion apparaissant après 30 ans.

Avec la *paralysie générale*, se rappeler que :

1° Les signes localisés sont bien plus permanents dans la syphilis cérébrale ;

2° Les paralysies oculaires apparaissent avant tout dans la syphilis cérébrale ;

3° Les troubles de la parole dans la syphilis ne sont pas si caractéristiques; il y a empâtement plutôt qu'achoppement ou bredouillement;

4° L'aphasie proprement dite, plus ou moins grave, est très rare dans la P. G. et ne dure pas ;

5° Il y a souvent des signes de compression dans la syphilis cérébrale;

6° S'il y a amélioration (due au traitement ou non), celle-ci est graduelle et parfois bien plus complète que la rémission du P. G.

7° Le traitement agit parfois favorablement sur la syphilis cérébrale et au contraire toujours très défavorablement sur la P. G.

Avec *l'alcoolisme chronique* : Lymphocytose, signe d'Argyll Robertson, traitement comme pierre de touche.

Avec la *démence organique* par lésions artérielles : Rechercher la syphilis et surtout la lymphocytose, le signe d'Argyll, enfin l'âge, car la syphilis cérébrale peut apparaître bien plus tôt que cette démence organique.

Avec les *tumeurs cérébrales* : Chercher les signes de la vérole, mais il peut y avoir lymphocytose dans les deux affections. Essayer le traitement.

Avec les autres *formes de démence*, je n'insiste pas.

Pronostic. — Ordinairement grave.

Terminaisons. — La guérison complète ; la guérison incomplète ; la mort.

Traitement. — Souvent inefficace.

Huile grise, injections de calomel à haute dose, frictions intensives, iodure à haute dose (1).

Prophylaxie de la syphilis. — Traitement prolongé au début et dans le cours de celle-ci.

Appendice

Délire de persécution avec tabes.

Il y a des cas rares où le tabes s'accompagne d'un délire de persécution plus ou moins bien systématisé, dont les idées délirantes et les hallucinations ont pour point de départ des douleurs fulgurantes réelles, les paresthésies sensitives et sensorielle, l'atrophie papillaire, etc.

Un certain nombre de vieux tabétiques présentent à la fin un affaiblissement mental plus ou moins accentué.

(1) N'ayant pas l'expérience du nouveau médicament dit « 606 », je ne l'indique que sous toute réserve.

CHAPITRE X

DÉMENCE ARTÉRIO-SCLÉREUSE OU ARTÉRIELLE (1)

SOMMAIRE. — C'est la démence des « ramollis. » Un exemple avec hémiplégie. La démence des lacunaires qui marchent à petits pas. Un exemple de démence artérielle avec aphasie, apraxie, etc. Un cas de paralysie pseudo-bulbaire prise pour la P. G. Un autre exemple de paralysie pseudo-bulbaire avec difficulté de diagnostic. Signes particuliers de cette démence artérielle : émotivité (un souvenir clinique à ce propos), pseudo-neurasthénie au début. Coma. Confusion mentale post-apoplectique. Complications urémiques fréquentes. Rôle du rêve chez le ramolli et le vieillard.

Exposé général.

Cette démence organique (pour l'opposer à la démence vésanique) est liée à des lésions cérébrales artérielles, aboutissant au *ramollissement* (2). Les malades répondent à l'appellation vulgaire de « ramollis ». Dans la grande majorité des cas, les signes physiques, qui ne manquent jamais à un certain moment, rendent le diagnostic très facile. Pourtant, comme on le verra, il y a des erreurs possibles et faisables.

Le premier exemple est le plus simple et le plus courant :

Démence par artério-sclérose avec hémiplégie. — La... V., 65 ans, entré à Bicêtre le 21 mai 1909. (Observation prise par M. May, interne du service.)

Pas de renseignements. On sait seulement qu'il vient de Boucicaut.

24 mai :

D. — Votre nom ?

R. — La... Vincent.

D. — Votre adresse ?

R. — A Grenelle.

D. — Quelle rue ?

R. — Rue.... 29.

D. — Quel âge avez-vous ?

R. — 74 ans.... non, 72.

(1) Ou encore organique. — RÉGIS, *Précis*, p. 755. — DUPRÉ, *Traité de Ballet*, p. 1164. — ZIEHEN, *Les demences*, in *Traité int. de psych. path.*, t. I, p. 281. On consultera aussi cet article pour la démence sénile.

(2) Je renvoie pour la description détaillée des signes physiques aux ouvrages de neurologie.

D. — En quelle année êtes-vous né?

R. — Je serais bien en peine de vous le dire, c'est le 7 mai, mais je ne sais plus la date.

D. — En quelle année sommes-nous?

R. — Je ne sais pas.

D. — Quel mois sommes-nous?

R. — Mois de mai.

D. — Le combien?

R. — Le 2 ou le 3... je ne sais pas.

D. — Quel jour sommes-nous?

R. — Dimanche (Inexact : Lundi).

D. — Vous êtes sûr?

R. — Oui.

D. — Nous sommes en 1909 : vous avez 72 ans ; en quelle année êtes-vous né?

Le malade ne sait pas et ne comprend pas l'opération à faire.

D. — Où êtes-vous né?

R. — Je ne sais pas ; par là-haut, ça doit être Bougival.

D. — Mais cette pièce avec tous ces lits, qu'est-ce que c'est?

R. — Je ne sais pas... Je sais seulement que je suis chez monsieur (il montre l'infirmier).

D. — Que vous est-il arrivé?

Le malade se rappelle avoir été à Sainte-Anne ; il sait que Sainte-Anne est un hôpital de fous, mais il ne trouve rien de particulièrement anormal à y avoir été conduit, bien qu'il ne se croie pas fou.

Avant Sainte-Anne, il dit avoir été chez des dames charitables à Auteuil.

D. — Avez-vous été à l'hôpital Boucicaut?

R. — Oui.

D. — Il y a combien de temps?

R. — Une huitaine de jours.

D. — Pourquoi avez-vous été à Boucicaut?

R. — Pour travailler.

D. — Mais non, voyons ; réfléchissez.

R. — Ce sont les dames charitables qui m'y ont amené.

D. — Pourquoi?

R. — Je ne sais pas.

D. — Il y a combien de temps que vous êtes ici?

R. — Il y a quatre jours.

D. — Quel métier faisiez-vous?

R. — Maçon.

Le malade a été deux ans à l'école primaire. Il ne sait ni lire ni écrire. Il arrive à faire des additions très simples (8 + 4) ; mais ne peut se tirer de 25 + 7.

La suite des jours est correctement dite ; mais le malade ne peut énumérer les jours à l'envers ; au milieu de l'énumération, il ne sait d'ailleurs plus ce qu'on lui demande.

La mémoire est des plus défectueuses. Le malade ne se rappelle rien sur la guerre de 1870 ; il ne sait pas qui est le président de la République.

Il se rappelle avoir été marié deux fois, mais il lui faut un long effort pour se rappeler le nom de sa première femme.

Hémiplégie gauche organique. Mauvais état général. Escarre fessière gauche. Artério-sclérose.

16 juin 1909 :

D. — Depuis quand êtes-vous ici ?

R. — Depuis trois semaines ou quatre semaines, je ne me rappelle plus.

D. — Où êtes-vous ici ?

R. — Je ne sais pas.

D. — Est-ce un hospice ?

R. — Oui.

D. — Quel métier faisiez-vous ?

R. — Maçon.

D. — Où avez-vous travaillé en dernier lieu ?

R. — Avenue de Versailles, chez les sœurs.

D. — Quel numéro ?

R. — Je ne sais pas.

D. — Vous avez des enfants ?

R. — Deux.

D. — Ils sont venus vous voir ?

R. — Non.

D. — Suite des mois ?

Le malade va jusqu'au mois de mai correctement, puis saute le mois de juin et est incapable d'aller plus loin que juillet.

D. — Suite des jours ?

Correcte. A l'envers, inversion de mardi et mercredi.

D. — Combien gagniez-vous par heure ?

R. — Douze sous.

D. — Combien d'heures travailliez-vous ?

R. — Dix à onze heures.

D. — Combien gagniez-vous par jour ?

R. — Six francs.

D. — Et par mois ?

R. — Dans les 150 francs.

D. — Qui suis-je ?

R. — Le docteur.

D. — Qui est monsieur (le surveillant) ?

R. — Je ne sais pas ; c'est celui qui nous surveille ; je ne peux plus retrouver son nom.

On est donc en face d'une démence qui est liée aux mêmes lésions artérielles qui ont amené l'hémiplégie ; il y a là quelque chose de très banal et de peu difficile à reconnaître.

Certains ramollis n'ont pas de grosses lésions localisées mais font de petits ictus successifs. Souvent même chez eux la paralysie, plus ou moins transitoire, s'installe tout doucement, par petites poussées variables ; ils ont fréquemment une parole spéciale avec

un bredouillement qui rappelle un peu celui du P. G. : ils marchent à petits pas et tombent facilement (*ramollissement à type lacunaire*). Généralement il n'est pas difficile de trouver chez eux non seulement les signes de la maladie artérielle, mais aussi, en cherchant bien, de lésions en foyer. Pourtant il y a des exceptions, comme chez le malade Bou... dont j'étudie brièvement le cas.

Démence par artério-sclérose. — Aphasie. — Apraxie. — Bou... Henri, cartonnier, entré à Bicêtre une première fois le 6 mars 1906, à l'âge de 67 ans, sorti le 2 juin 1906; rentré une deuxième fois le 21 septembre 1906.

Depuis quatre ans, B... ne peut plus travailler; il perd la mémoire surtout des faits récents ; il devient indifférent et désorienté, d'après les renseignements peu précis que j'ai.

A l'entrée on note un affaiblissement considérable de l'intelligence, une perte de mémoire surtout pour les faits récents; il ne sait pas où il se trouve et ne sait pas la date. Son indifférence à se trouver dans un service d'aliénés est complète. Il a un arc sénile très marqué, de l'induration des artères, un deuxième bruit aortique claqué, de l'exagération des réflexes rotuliens. Aucun signe d'hémiplégie; jamais d'ictus; mais il y a de l'affaiblissement musculaire et le malade marche à petits pas, le corps un peu penché en avant. Il paraît son âge, mais pas plus. Hernie inguinale volumineuse.

Depuis qu'il est dans le service, son état mental s'est aggravé : même les faits récents sont oubliés. Il y a des jours où il répond un peu moins mal que d'autres, mais ordinairement il est tout à fait incohérent, comprend à peine les questions, et ne sait même pas nommer les objets. Son indifférence est absolue, sauf pour ce qui touche à la nourriture. Il a conservé vis-à-vis des médecins des habitudes de politesse automatiques.

Voici des exemples de conversation avec lui.

24 juin 1908 :

D. — Bonjour, monsieur B... Ça va bien?

R. — Oui, monsieur.

D. — Où sommes-nous ici?

R. — Dans la rue.

D. — Non, mais ici où sommes-nous?

R. — C'est d'un côté à l'autre.

D. — Mais non ; comment se nomme l'établissement où vous vous trouvez?

R. — Rue Mouffetard.

D. — Et où est la rue Mouffetard?

R. — C'est loin, je ne sais pas au juste.

. . . .

D. — Qu'est-ce que c'est que cela? (un couteau).

R. — Un canif, je crois.

D. — Et ça? (un crayon).

R. — Je ne sais pas.

D. — Et ça? (des clefs).

R. — C'est un canif.

D. — Un canif, cela?
R. — Oui, monsieur.
D. — Que fait-on avec cela? On lui montre (une calotte de drap).
R. — On fait de la plume, de la ouate; c'est un canif.
D. — A quoi cela sert-il?
R. — Un canif.
D. — Et cela? (des chaussures).
R. — Je ne pourrais le dire au juste de but en blanc.
D. — Qu'est-ce que c'est que cela? (un doigt).
R. — C'est blanc.
D. — Combien y a-t-il de doigts?
R. — Je ne sais pas.
D. — Quelle couleur est-ce? (tablier).
R. — C'est blanc.
D. — Et ça? (casquette bleue).
R. — La même chose.

4 mai 1909 :
D. — Quel âge avez-vous?
R. — 22 ans.
D. — Quel âge a votre père?
R. — Le même âge que moi.
D. — Et votre mère?
R. — Le même âge aussi.
(Il avait déjà manifesté cette idée (?) le 3 mai 1909).

1er juin 1909. — Dans une conversation avec le surveillant, M. Colon, il prétend qu'il rentre chaque soir du travail, il est très fatigué; il ajoute que ça ne marche pas fort et qu'il ne gagne pas beaucoup. Sa mère est là à côté, il a le même âge qu'elle et ils vivent tous ensemble. Quand sa femme vient le voir, il est complètement indifférent, il l'appelle sa tante. Depuis un certain temps, se met en colère facilement; il adresse à l'infirmier qui le fait lever, l'habille et lui fait sa toilette, des injures très riches et lui administre des gifles. On le couche et on le déshabille comme un enfant. Ne reconnaît personne dans le service et n'est pas endurant pour ses voisins qu'il injurie et frappe. Il se promène rarement. Lorsqu'on lui parle il répond : C'est bien ça! ou : Oui, comme vous. Grignote continuellement des morceaux de pain. Il mange seul et proprement, mais pas avant qu'on lui ait mis sa cuiller toute pleine dans la main en lui disant de manger. Pas de gâtisme. Urine rarement au lit. Il ne veut pas qu'on lui coupe les ongles, parce que les ongles longs lui servaient dans son métier. Depuis longtemps il ne reconnaît pas son lit ni les cabinets; on est obligé de lui crier : au fond et à droite; c'est ainsi qu'il les retrouve, tandis qu'il répète au fond et à droite jusqu'à ce qu'il soit arrivé à destination à petits pas.

17 juin 1909 :
D. — Qu'est-ce que vous mangez là, monsieur R...?
R. — Quelque chose de très bon! (du pain).
D. — Mais comment ça s'appelle-t-il?
R. — Mais je viens de vous le dire.
D. — Est-ce de la viande?

R. — Oui, de la viande, quelque chose de bon!
D. — Mais comment ça s'appelle-t-il?
R. — C'est du coton!
D. — Mais non, c'est du pain!
R. — Oui, du pain ou du coton.
D. — Quel métier faisiez-vous?
R. — Cartonnier.
D. — En quoi ça consiste-t-il?
R. — Faire une chose ou une autre, suivant les cas.
D. — Combien gagniez-vous par jour?
R. — Je tâche d'en avoir le plus que je puis.
D. — Mais combien?
R. — Je viens de vous le dire.
D. — Vous travailliez aux pièces?
R. — Oui.
D. — Pour quel patron?
R. — Je ne pourrais pas vous le dire; les patrons d'abord, je n'en ai pas besoin.

Pendant toute la conversation le malade engloutit avec satisfaction le morceau de pain qu'il tenait à la main.

Non seulement B... est incapable de nommer la plupart du temps un objet, mais, même quand il le nomme, il n'exécute aucun des mouvements qu'on lui demande, qui marqueraient la connaissance de l'usage de l'objet quand on le lui met entre les mains: clef, porte-plume, brosse à habits, lorgnon, cuiller, assiette. Ce n'est que pour un verre qu'il a porté à sa bouche et une casquette qu'il a mise sur sa tête qu'il a montré avoir reconnu l'usage de ces objets.

Par suite des circonstances, cette observation est très incomplète; le malade étant mort par engouement avant un examen approfondi. Mais telle quelle elle montre les rapports qu'il y a entre la démence, l'agnosie, l'aphasie, l'apraxie, questions difficiles et que je ne peux aborder dans ce livre élémentaire.

L'histoire du malade Fos..., ramolli pseudo-bulbaire, que je vais maintenant rapporter, est assez ordinaire; pourtant on y verra qu'il a été l'objet d'une erreur de diagnostic : il a été pris pour un P. G.

Démence par artério-sclérose avec phénomènes pseudo-bulbaires.— Fos..., bisauteur de glaces, entré à Bicêtre à l'âge de 47 ans, le 5 mai 1905.

Renseignements donnés par la famille en 1906. — Une grand'mère paternelle morte aliénée. Les autres parents généralements morts jeunes de la tuberculose. F... n'aurait jamais eu de chancre ni de manifestations syphilitiques, mais il s'enivrait et a bu beaucoup de vin, d'alcool et d'absinthe. Marié depuis 25 ans, il a quatre enfants bien portants, sa femme n'a jamais fait de fausses couches; aucun enfant n'est mort. Il y a six ans, il eut une

première attaque avec convulsions, à la suite de laquelle il resta paralysé à droite. Il y a deux ans et demi, il eut une deuxième attaque avec paralysie du larynx (?) consécutive. La déglutition est difficile, la parole est bredouillante et nasonnée; il y a une hilarité sans cause presque constante. Il avait de la peine à marcher, les membres du côté droit étaient affaiblis, mais il continuait à travailler. Sa mémoire était encore bonne. Il entre en 1905 comme atteint de paralysie générale. La famille trouve que depuis son entrée, sa mémoire et son intelligence ont baissé. Il est plus « endormi » et plus nonchalant.

Le malade est soigneux de sa personne, convenablement tenu, tranquille; il répond volontiers aux questions et semble avoir conservé relativement la mémoire; mais il ne se rappelle plus des dates importantes de sa vie, comme celle de son mariage. Il lit et écrit correctement. Il s'occupe un peu dans le service, mais est assez indifférent. En somme, affaiblissement intellectuel léger. Cet état mental a peu varié. Cependant le malade a continué à baisser; ainsi un jour où on l'interrogeait sur un livre qu'il tenait et disait avoir lu à l'instant, il a été incapable de dire de quel ouvrage il s'agissait et ce qu'il y avait dedans. Cependant, vu la tranquillité absolue de F... et son infirmité somatique, on lui a fait un certificat de passage aux vieillards de l'hospice.

Ce qu'il y a de plus frappant dans son état, c'est la parole et le rire spasmodique perpétuel qui trouble ses réponses. La parole est nasonnée, mal articulée, bredouillée, embarbouillée, les mots ressemblent presque tous au mot coin coin et il est difficile de comprendre le malade, surtout quand le spasme du rire vient couper les paroles. L'examen somatique révèle les signes suivants :

Léger degré de paralysie du facial inférieur droit.

Langue un peu déviée à droite.

Pas de signe du peaucier.

Parésie du membre supérieur droit. Dynamomètre, à droite 18, à gauche 30. Flexion exagérée à droite. Flexion combinée de la cuisse.

Parésie du membre inférieur droit. Marche en traînant cette jambe droite. Se retourne facilement, mais perd l'équilibre en accélérant le pas. Boutonne difficilement avec la main droite, plus facilement avec la gauche. Légère atrophie du membre inférieur droit.

Réflexe rotulien plus fort à droite.

Le signe de Babinski normal à gauche, douteux à droite.

Pas de trépidation épileptoïde.

Sensibilités normales.

Pas de gâtisme.

Pupilles normales.

Écriture à droite normale.

Mai, juin 1909. — F... baisse beaucoup. Sa parole devient incompréhensible. Il ne peut se tenir debout; on le laisse couché. Il gâte. Il est évident que les lésions cérébrales s'aggravent.

31 août 1909. — Mort par un ictus cérébral.

En somme, c'est ce qu'on appelle un ramollissement cérébral à forme pseudo-bulbaire. L'âge du malade était peu avancé, mais

l'alcool et l'absinthe ont été la cause de cette sénilité artérielle prématurée. La démence existait sans conteste, mais faible. Le rire et le pleurer spasmodiques, qui parfois donnaient à la physionomie de Fos.. la mimique niaise du P. G., le faisaient paraître plus dément qu'il n'était. Pourtant il n'y avait aucune difficulté de diagnostic lorsque j'ai vu ce malade pour la première fois. Mais je suppose d'autant plus facilement que cette difficulté existait à son entrée, que j'ai observé d'autres malades de ce genre, et même un homme atteint de troubles cérébelleux, sans aucune déchéance intellectuelle, pris pour des P. G.

Quelque temps après la mort de F..., le hasard amena à Bicêtre un malade, Rog..., atteint lui aussi de troubles pseudo-bulbaires, mais qui simulaient vraiment de très près la P. G. Il avait été considéré comme atteint de cette affection par un collègue des plus compétents et des plus distingués. Ce n'est qu'après un examen répété et la ponction lombaire (pas de lymphocytose) que l'on put acquérir la certitude qu'il ne s'agissait que de ramollissement cérébral, bien qu'il fût prématuré pour l'âge qu'avait le malade, 46 ans. Mais là aussi l'alcool et, paraît-il, le plomb, avaient provoqué l'affection artérielle de si bonne heure. Il y avait non seulement hémiparésie, rire et pleurer spasmodiques, troubles de la parole bredouillée très accusée, mais aussi des accès d'angine de poitrine et un peu d'albumine dans l'urine, avec petits signes de néphrite interstitielle, en un mot artério-sclérose généralisée. L'émotivité du malade était extrême; sa femme se plaignait non seulement qu'il rît et pleurât sans motif, ce qui relevait du spasme, mais surtout qu'il fût devenu extrêmement susceptible et colère depuis déjà longtemps. Il avait un peu perdu la mémoire, mais très peu, même au moment de l'entrée, autant qu'on pouvait s'en rendre compte avec une parole si difficile à saisir.

Cet affaiblissement mental d'origine artérielle est très souvent accompagné d'une émotivité très grande, surtout au début, comme nous le voyons par cette observation. Tout le monde connaît ces vieillards non encore paralysés, mais jugés déjà affaiblis et un peu « ramollis », devenant trop irascibles ou trop sensibles, puisqu'ils laissent paraître une émotion disproportionnée à sa cause. Cela peut servir pour aider au diagnostic. C'est ainsi qu'un jour, ayant vu s'attendrir un homme d'une soixantaine d'années dans une occasion qui, certes, n'aurait pas entraîné des larmes chez lui auparavant, j'ai pu prévoir le développement d'un ramollissement cérébral qui, par petits ictus successifs, a emporté le malade après six ans de déchéance progressive et d'aphasie. J'ai appris par la suite qu'avant cette scène révélatrice il avait eu déjà une parésie transitoire du bras droit.

Comme pour la période de début de la paralysie générale, ce début de l'artério-sclérose cérébrale est en outre caractérisé par un affaiblissement de la mémoire, de l'aptitude au travail *(pseudo-neurasthénie* souvent reconnue par le malade), du jugement, la perte de certaines nuances très fines d'appréciation ou de sentiment. C'est ce qu'on appelle quelquefois de la « *méiopragie* » *cérébrale*, suite de l'insuffisance d'irrigation régulière du cerveau et préliminaire d'une déchéance plus grave.

La production des lésions en foyer s'accompagne souvent d'*ictus apoplectique*, c'est-à-dire de *coma*. Ce trouble mental n'a pas en lui-même d'intérêt, sauf la difficulté du diagnostic, à propos duquel je renvoie aux traités de neurologie. Mais, consécutivement, il peut se produire un état de confusion mentale, *confusion mentale apoplectique*, que l'aliéniste a parfois l'occasion d'observer. En l'absence de renseignements, cet état peut être pris pour de la confusion post-épileptique accompagnée de paralysie. On peut la prendre aussi pour de la confusion surajoutée aux attaques apoplectiformes de la P. G. Ce n'est que l'évolution qui pourra lever les doutes.

Une autre complication se présente parfois chez les vieillards artério-scléreux ou chez ceux qui ont en outre de la démence sénile; je veux parler *d'état* de *confusion*, de *délire hallucinatoire transitoire* par urémie ou auto-intoxication. J'en ai cité un cas plus haut, mais je la rappelle ici à cause de son importance et de l'action éminemment favorable du régime lacté.

Il faut rattacher peut-être au même mécanisme les *délires* tout à fait *incohérents* et plus ou moins polymorphes, les *hallucinations* que peuvent présenter ces vieillards ramollis. Le *rêve* joue aussi un grand rôle dans leur existence, tout comme chez les vieillards seulement « séniles ». Enfin une note particulière est donnée par *l'insomnie, l'agitation et l'excitation nocturnes*. Je me rappelle, alors que j'étais l'interne de Luys à l'infirmerie de la Salpêtrière, avoir observé maintes fois des scènes nocturnes de violence entre pensionnaires plus ou moins paralysées, et isolées à cause de cela dans une petite salle. Mais ceci se rencontre aussi dans la démence sénile proprement dite.

Exposé général.

La démence par artério-sclérose est une démence accompagnée de signes organiques dus à l'artério-sclérose et au ramollissement cérébral.

Au début. — Pseudo-neurasthénie ; émotivité, sensiblerie, changement de caractère ; signes de dégénérescence artérielle.

A l'état confirmé. —Démence plus ou moins profonde, quelquefois délire surajouté de teinte très variable; signes de ramollissement cérébral avec lésions en foyer, paralysies, ictus.

Complication des ictus : confusion surajoutée. Complication fréquente : aphasie motrice, aphasie de Wernicke ; complications dues à l'artério-sclérose d'autres organes, surtout rénale : urémie.

Évolution. — Fatale, par ictus ou à petits coups successifs: mort par ictus, cachexie ou complications.

Diagnostic. — Généralement facile.

Avec la P. G. — Chercher les signes caractéristiques de celle-ci (ponction lombaire), et se rappeler que les lésions permanentes localisées y sont exceptionnelles. Enfin, passé 60 ans, la P. G. est très rare et le ramollissement très fréquent.

Avec la syphilis cérébrale. — Paralysies oculaires fréquentes : signe d'Argyll Robertson, lymphocytose. Épreuve du traitement.

Avec la démence sénile. — Pas d'artério-sclérose, ou plutôt celle-ci n'est pas caractérisée proportionnellement à la démence et il n'y a pas de ramollissement ni de lésions en foyer.

Avec l'aphasie motrice et de Wernicke. — Bien que l'aphasie complique souvent le ramollissement, il y a des cas où celle-ci ne s'accompagne pas de démence caractérisée. Rechercher les signes connus de l'aphasie et, comme l'on pourra, gêné par celle-ci, les signes de démence. Il est parfois très difficile de faire la part de l'une et de l'autre à moins que l'on ne se rallie à la doctrine de P. Marie.

CHAPITRE XI

TUMEURS CÉRÉBRALES (1)

SOMMAIRE. — Un exemple mal étudié. Rareté de ces cas dans les asiles. *Exposé général.*

Je serai très bref, car ce sont des cas que l'on rencontre exceptionnellement dans les asiles. J'en ai vu pourtant un que je n'ai pu étudier par suite des circonstances, et qui était considéré dans le service, avant mon arrivée, comme un persécuté sénile et aveugle.

Ce malade, Coc..., âgé de 67 ans, atteint de cécité depuis treize ans, avait présenté à son entrée un délire de persécution avec hallucination qui avait disparu pendant plusieurs mois, puis reparu, et sur lequel, comme sur le restant de son affection, je n'ai pu avoir de renseignements. Tout ce que je puis dire, c'est que lorsque j'ai pu l'examiner il n'avait qu'un peu d'affaiblissement intellectuel, pas de désorientation, sauf qu'il croyait être chez le docteur B..., (?) ; mais, chose intéressante, il était persécuté par son gendre, avec des interprétations hypocondriaques absurdes, évidemment en rapport avec des sensations réelles; c'est ainsi qu'il disait : « Mon gendre m'a bouché les yeux avec du papier d'Arménie. » De plus, MM. C... et D... lui ont mis sur les reins 825 kilos de chiffons. « Monsieur son gendre lui a mis sur le ventre des poids de 20 kilos, qui font 800 et quelques kilos, plus des macaques, des chiffons et toutes espèces d'autres choses. Il n'est pas incommodé outre mesure de ce fardeau. Son gendre lui a ouvert le ventre pendant la nuit, puis l'a recousu après y avoir déposé tous les objets énumérés. » En dehors de ces idées, sur lesquelles il ne variait pas et de la cécité. il n'accusait aucun signe d'affection organique. Il est mort pendant les vacances avant qu'on ait pu l'examiner complètement, particulièrement au point de vue des yeux. Tout ce que je sais c'est qu'on a trouvé une tumeur de l'hypophyse (2).

Ce cas est trop incomplet et trop vague pour que l'on puisse en conclure quelque chose de certain. Le délire de persécution hypocondriaque bizarre était tout à fait stéréotypé ; il y avait un

(1) RÉGIS, *Précis*, p. 752. — DUPRÉ, *Traité de Ballet*, p. 1164.

(2) Cette tumeur a été examinée par MM. Ameuille et Mallet qui en ont fait, avec une autre, le sujet d'un travail : Contribution à l'étude des tumeurs de l'hypophyse. *Bulletin de l'ass. fr. p. l'étude du cancer*, t. IV, 4e année, nos 5 et 6, séances des 15 mai et 19 juin 1911, p. 241.

peu d'affaiblissement intellectuel, mais en aucune façon de la confusion, de la stupeur même légère. Il n'y avait ni syndrome adiposo-génital, ni acromégalie. Ce serait donc un fait exceptionnel, si toutefois on peut le faire vraiment entrer en ligne de compte, le cerveau n'ayant pas paru être très touché, ce qui expliquerait pourquoi il n'y a pas eu de confusion, qui d'après les auteurs fait le fond de la symptomatologie des tumeurs cérébrales. Quoi qu'il en soit, voici le résumé des signes généralement admis :

Exposé général.

Symptômes psychiques. — Essentiellement variables comme intensité, évolution et marche :

Confusion, stupidité avec inertie physique, somnolence, torpeur.

Parfois sortes d'accès somnambuliques ; états analogues au délire de rêve des épileptiques ; automatisme ambulatoire avec oubli.

Délire de persécution, de jalousie, vague, diffus, incohérent, avec hallucinations et illusions.

Parfois enfantillage (puérilisme) avec dépression ou excitation et jovialité, frivole, ironique, « farceuse ».

Accidents psychasthéniformes et hystériformes, parmi lesquels une forme spéciale, « ecmnésie » de Pitres, où il y a report de l'esprit du malade à une époque déterminée antérieure à laquelle il croit se trouver.

Symptômes physiques. — Qui peuvent exister seuls :

Céphalée ;

Vomissements ;

Signes d'hypertension et de compression, vertiges ;

Convulsions épileptiformes ;

Lymphocytose, si la tumeur intéresse les méninges.

Fièvre. — Signes d'infection (abcès du cerveau).

Pronostic. — Grave.

Diagnostic. — Rechercher les signes physiques, sans cela on peut confondre cet état avec tous ceux où il y a confusion, stupidité, affaiblissement organique final.

Traitement. — Si on croit à la syphilis localisée essayer le traitement mercuriel intensif. — Trépanation. Ponction lombaire *prudente* (cas de mort), retirant très peu de liquide et très lentement chez le malade maintenu couché, pour atténuer les phénomènes d'hypertension du liquide céphalo-rachidien.

CHAPITRE XII

DÉMENCE SÉNILE (1)

Sommaire. — *Rappel de l'involution sénile normale.* — Affaiblissement de la mémoire actuelle, retour au passé; jugement moins fin, « stock » intellectuel amoindri, travail intellectuel inférieur comme qualité; sensations moins intenses, confusion de la réalité avec le rêve, tendance aux pseudo-souvenirs; égoïsme du vieillard; érotisme fréquent; irascibilité et influençabilité.

Plusieurs exemples de démence sénile montrant l'amplification pathologique de ces signes. Un souvenir clinique montrant un mode de début de la démence sénile par un impair. Idées de persécution par oubli. — Un exemple d'idées de grandeur. Rappel des idées d'auto-accusation, etc. Durée très longue. *Presbyophrénie de Wernicke;* elle n'existe pas à part.

Exposé général.

Involution sénile normale. — Dans les cas purs de démence sénile, en dehors des signes de vieillesse banale, il n'y a aucun signe de lésions en foyer; la démence est due à l'exagération de l'involution sénile normale par sclérose diffuse de l'écorce. Aussi est-il facile de la comprendre en se rappelant ce qui se passe à l'état physiologique :

1° *Affaiblissement de la mémoire :* difficulté des acquisitions nouvelles; le vieillard s'occupe du passé, vit dans le passé et du passé, parle du passé, souvent avec insistance et rabâchage, car il a oublié qu'il a déjà raconté la même histoire. Au fur et à mesure qu'il vieillit, il se retourne de plus en plus vers son enfance, les souvenirs récents s'effaçant et remontant de plus en plus dans le cours de sa vie (Loi de régression de Ribot). Comme il connaît mal le présent et le comprend peu, il devient « laudator temporisacti. »

2° Le *jugement devient moins fin* et certaines nuances échappent au vieillard, tant dans la sphère intellectuelle pure que dans les actes à accomplir, d'ou des erreurs et des « impairs. »

3° Le « *stock* » *disponible* pour le travail intellectuel s'amoindrit par suite de cette perte de mémoire et du non renouvellement.

(1) Léri, *Le cerveau sénile.* Congrés des méd. al. et neurol., de langue française, Session de Lille, 1906. Paris, 1906, p. 181.

L'utilisation de ce stock devient inférieure. Le travail est plus lent, pénible, moins fin, et tourne dans le même cercle des anciennes idées. Le vieillard comprend moins rapidement ce qu'on lui dit et ceci, bien souvent, augmente les effets apparents d'une surdité réelle commençante. L'imagination constructive a diminué.

4° Les *sensations* deviennent moins vives par l'affaiblissement de l'attention; le vieillard a souvent des illusions; la réalité l'occupe moins, les *rêves* et la réalité revêtent souvent pour lui la même intensité; d'où la confusion fréquente des uns et de l'autre; d'où les *pseudo-souvenirs* qui ont aussi pour autre source les erreurs spontanées de la mémoire.

5° Comme l'enfant, le vieillard est *égoïste* (il y a heureusemen des exceptions à cette règle), ou plutôt l'égoïsme paraît plus aisément avec l'âge, le vieillard étant moins maître de lui. Bien que parfois il sente qu'il n'est plus comme autrefois, il a toujours raison contre les autres et les soupçonne facilement de mauvaise volonté à son égard, pour peu qu'il ait eu une tendance à se méfier d'autrui et, quand il oublie, ce sont les autres qui se trompent ou le trompent. Aussi est-il souvent irascible, ne veut-il en faire qu'à sa tête, à tort et à travers, et, quand c'est un homme, il arrive parfois que, sous l'influence de *tendances érotiques*, il se livre à des démonstrations ou même à des actes qui ne sont plus de son âge.

6° La *volonté faiblit,* surtout dans sa ténacité; aussi le vieillard est-il facilement influençable et facilement la proie d'intrigants qui le flattent, tandis que ses proches sont suspectés par lui.

Les observations suivantes vont montrer, les unes plus, les autres moins, en grossissement, tel ou tel des signes précédents et certains autres dont il serait plus difficile de trouver l'origine.

Démence sénile (1). — Mat... M., âgée de 88 ans.
23 février 1910 :
D. — Votre nom?
R. — Marie Mat.
D. — Où habitez-vous?
R. — Avec ma mère.
D. — Quel âge a votre mère?
R. — A peu près 80 ans.
D. — Et vous, quel âge avez-vous?

(1) Observation prise par M. May à la consultation de la Salpêtrière, puis dans le service du Dr Séglas.

R. — 18 ans.

D. — Date de naissance?

R. —?

D. — Date actuelle?

R. —?

D. — Quel âge avez-vous?

R. — 26 ans.

D. — Vous avez encore vos parents?

R. — Mon père est mort. Ma mère vit encore.

D. — En quel mois sommes-nous?

R. —?

D. — Sommes-nous en été ou en hiver?

R. — En hiver.

D. — Comment savez-vous que nous sommes en hiver?

R. — Parce qu'il fait froid.

D. — Vous êtes sûre de ne pas avoir plus de 26 ans?

R. — Oh! oui, je n'ai pas plus (avec énergie).

D. — Nous sommes en 1910. Si vous avez 26 ans, en quelle année êtes-vous née?

R. — Je ne peux pas calculer.

D. — Quel âge avait votre mère quand vous êtes née?

R. — A peu prés 30 ans.

D. — Mais alors elle n'a pas 80 ans maintenant?

R. — Si.

D. — Depuis combien de temps êtes-vous dans cette maison?

R. — Depuis un mois à peu près.

D. — Comment s'appelle cette maison?

R. — Je ne sais pas.

D. — Qu'est-ce que c'est?

R. — Une maison pour les malades.

D. — Les personnes qui sont avec vous dans cette salle, quelles maladies ont-elles?

R. — Des maladies comme tout le monde.

D. — Elles n'ont pas la tête un peu dérangée?

R. — Peut-être des fois.

D. — Dans quelle ville êtes-vous née?

R. — A Paris.

D. — Et moi, que suis-je?

R. — Un médecin.

D. — Pourquoi êtes-vous venue ici?

R. — Pour me guérir de mes maladies.

D. — Qui vous a conduite dans cette maison?

R. — Je ne me rappelle plus.

D. — Vous trouvez-vous bien ici?

R. — Oui.

D. — Personne ne cherche à vous faire du mal?

R. — Non, au contraire. Tous sont gentils envers moi.

D. — Où êtes-vous née?

R. — A Luxembourg.
D. — Jusqu'à quel âge êtes-vous restée à Luxembourg?
R. — Jusqu'à 12, 14 ans.
D. — Vous avez été à l'école?
R. — Oui.
D. — Et après, où avez-vous été ?
R. — A Paris.
D. — Quel âge aviez-vous quand vous êtes venue à Paris ?
R. — A peu près 16, 18 ans.
D. — Depuis, qu'avez-vous fait?
R. — Je suis restée à Paris.
D. — Quel métier faisiez-vous?
R. — Couturière.
D. — Où travailliez-vous ?
R. — Chez nous, avec ma mère.
D. — Que faisiez-vous?
R. — Des robes.
D. — Combien gagniez-vous par jour?
R. — Peut-être trente sous.
D. — Vous êtes mariée ?
R. — Non.
D. — Vous n'avez pas d'enfants?
R. — Non.
D. — Qu'est-ce que c'est qu'un ourlet?
La malade montre l'ourlet de son tablier.
D. — Pourquoi fait-on des ourlets?
R. — Pour que ça tienne.
La malade ne sait pas lire le français.
$2 + 5 = 10$
$6 + 8 = ?$
$4 + 6 = 10$
$3 + 7 = 21$
$5 + 6 = ?$
$5 + 8 = 25$ (en comptant sur ses doigts.)
Suite de jours correcte. En sens inverse, la malade va jusqu'à mercredi et ne se rappelle pas au delà ; elle ne sait pas les mois de l'année. La malade reconnaît les objets usuels. Elle ne se rappelle plus le nom de la Salpêtrière qui vient de lui être dit cinq minutes auparavant.
D. — Quel âge avez-vous?
R. — Oh ! je ne suis pas jeune ; j'ai plus de 40 ans ; j'ai 80 ans.
D. — Votre mère vit encore ?
R. — Oui.
D. — Quelle âge a-t-elle ?
R. — A peu près 80 ans.
D — Mais vous venez de me dire que vous aviez 80 ans?
R — Oh ! non, j'ai à peu près 40 ans.
D. — Qu'avez-vous fait ce matin?
R. — J'ai fait des pelotes.

D. — Êtes-vous sortie ces jours derniers ?
R. — Oui, je me suis promenée sur le boulevard.
D. — Quel boulevard ?
R. — Je ne sais pas son nom.
D. — Il y avait des voitures qui passaient ?
R. — Oui.
D. — Vous n'avez vu personne de connaissance ?
R. — Non.
D. — Avez- vous vu des automobiles ?
R. — Oh ! oui, il y en avait partout.
D. — Quand était-ce ?
R. — Il n'y a pas longtemps, peut-être un jour.

La malade ne reconnaît pas son lit. Elle ne retrouve pas les cabinets seule.

Au bout de deux minutes, elle ne se rappelle plus la date actuelle qui vient de lui être dite ; quand on lui redit que nous sommes en 1910, elle manifeste le même étonnement que la première fois.

D. — Quelle est la plus grande ville de France ?
R. — Paris.
D. — La plus grande ville de Belgique ?
R. — ?
D. — Que s'est-il passé en 1870 ?
R. — ?
D. — Vous ne vous rappelez pas la guerre avec les Prussiens ?
R. — Non ; si je n'ai pas inscrit, je ne me rappelle rien.
D. — Trouvez-vous que votre mémoire a diminué ?
R. — Oh ! je n'en ai plus du tout.
D. — Est-ce qu'il y a des gens qui sont plus vieux que leurs parents ?
R. — Oh ! oui, il y en a.
D. — Ça ne vous paraît pas extraordinaire ?
R. — Oh ! non.

Artères dures. Pouls excessivement irrégulier.

Respiration pénible, à 65 par minute.

Réflexes conservés, mais faibles des deux côtés.

Ni trépidation épileptoïde, ni Babinski.

Pas d'Argyll.

Gâte par intervalles.

Marche avec difficulté et en boîtant un peu de la jambe gauche.

Malade très propre, très bien tenue, s'exprimant correctement, avec beaucoup de politesse, mais à voix presque basse, la conversation paraissant pour elle un effort physique.

C'est là une démence profonde, où on peut retrouver la méconnaissance du présent avec désorientation dans le temps et le monde extérieur, la tendance au report dans le passé, même très lointain, puisque la malade dit avoir 26 ans et avoir encore sa mère, nie avoir été mariée et avoir eu des enfants, et elle est grand'mère. Les points de repère manquant, la malade varie d'ailleurs assez d'un

moment à l'autre ; il y a des faux-souvenirs lorsqu'elle parle de sa promenade sur le boulevard, de son travail aux pelotes. On n'a pas constaté d'idées délirantes. La malade est évidemment très gravement atteinte somatiquement ; le cœur est en train de faiblir, mais elle n'a aucun signe de lésion en foyer, bien qu'artério-scléreuse. Elle meurt quelque temps après par aggravation de sa myocardite.

La malade Duc..., dont je vais rapporter très brièvement les propos nous montrera une réduction encore plus excessive du stock des idées. Celles-ci qui remontent à une époque reculée apparaissent sous la forme de rabâchages, presque de stéréotypies verbales ; la malade ignore tout du présent. On constatera aussi qu'elle sait par moments avoir perdu la mémoire.

Duc..., âgée de 76 ans (1).
Vendredi 10 juin 1909 :

D. — Comment ça va, Madame?

R. — Tout doucement. Je suis venue toute seule à Paris avec un petit cheval. Il m'a emmenée à Chambéry. J'ai été placée tout de suite.

D. — Où sommes-nous ici?

R. — Je ne pourrais pas vous le dire, je deviens vieille.

D. — Quel âge avez-vous?

R. — Dans les 16 ou 18 ans. Je ne peux pas vous dire au juste. Je suis venue le 1er janvier rue de la Nation, n° 10. Et puis après cela je me suis mariée. J'ai vu un homme, je l'ai pris.

D. — A quel âge est-il mort?

R. — Y a bien 16 ans.

D. — Quel âge.

R. — Je ne pourrais pas vous dire.

D. — En quelle année êtes-vous née?

R. — Je ne sais pas. Je peux pas vous dire. Depuis la mort de mon mari, j'ai bien perdu la mémoire.

D. — Vous avez des enfants. Quel âge ont-ils?

R. — Ils travaillent à Paris, dans les champs. Je perds la mémoire beaucoup vous savez.

D. — Savez-vous la date?

R. — Je ne sais pas non plus. On m'appelle madame Cat.... n° 10.

D. — Où êtes-vous née?

R. — En Savoie.

D. — Dans quel pays?

R. — Rue de la Nation, n° 10.

D. — Vous me dites que vous êtes née en Savoie?

R. — En Savoie, mais je suis venue à Paris, rue de la Nation, n° 10. Depuis

(1) Cette malade et les suivantes m'ont été obligeamment montrées par mon collègue Séglas.

la mort de mon mari, j'ai perdu mon moral comme j'aurais perdu une pomme de terre.

D. — Que faisait votre mari?

R. — Emballeur.

D. — Vous avez des enfants?

R. — Deux fils et trois filles. Dans un bon âge, six, sept ou huit ans.

D. — Sont-ils mariés.

R. — Mais oui, très bien comme il faut, rue de la Nation, n° 10.

D. — Avez-vous des petits-enfants?

R. — J'en ai eu une dizaine. Je les ai nourris, rue de la Nation, n° 10.

D. — Etes-vous contente ici ?

R. — Pas mal... Oh ! oui, je suis venue jeune à Paris, je suis venue tirer les pis des vaches chez un nourrisseur.

D. — Quel nourrisseur ?

R. — Rue de la Nation, n° 10.

D. — Où vous êtes-vous mariée?

R. — Eh bien, rue de la Nation, n° 10. Je me suis mariée d'abord en Savoie, et puis je me suis remariée à Paris, rue de la Nation, n° 10.

Il est impossible de lui tirer autre chose que ces rabâchages si limités sur son mariage, sur ses enfants, sur la rue de la Nation, n° 10.

Voici maintenant une autre démente, Rou..., âgée de 75 ans, qui est moins bas que les précédentes et sur laquelle on a pu essayer quelques tests. Elle sait encore un certain nombre de faits sur la guerre de 1870, car elle est de Metz et a souffert de la guerre, mais les faits récents elle les ignore. Elle sait la date exacte de sa naissance, mais se croit âgée de 83 ans ; elle arrive, en étant aidée (et comme on lui dit l'année où nous sommes, 1910), à calculer qu'elle a 75 ans ; elle sait encore une partie de la table de multiplication, mais elle est incapable de faire une addition simple et priée d'écrire la phrase suivante : « je suis née le 26 mai 1835 », elle ne peut écrire qu'un gribouillis digne d'une paralytique générale. Des séries de six chiffres, elle ne se rappelle que quelques-uns, à peine quelques mots des séries de mots ; elle ne donne que des explications tout à fait enfantines des images qu'on lui montre et dont elle reconnaît mal la nature et le sujet. Pourtant, d'après les renseignements fournis et ses réponses on voit qu'elle a eu une certaine instruction et de l'éducation. La mémoire du passé est donc relativement conservée, mais le pouvoir de l'acquisition est très affaibli; l'exercice de l'intelligence est très défectueux, la perspicacité est très amoindrie, mais il ne paraît pas y avoir tendance aux faux souvenirs.

Chez Mme Esc..., dont la mimique est très vive, c'est le bavardage incohérent avec faux-souvenirs ou pseudo-souvenirs qui attire l'attention. Elle sait son âge, est très satisfaite d'elle-même, a encore de l'esprit relativement, sait qu'elle perd la mémoire, mais ne s'en inquiète pas. Une fois lancée elle ne s'arrête plus et monologue toute seule, souvent même la nuit.

2 décembre 1910 :

— Mais où est-elle donc? Elle n'est pas là. Ah! j'ai trop chaud.

D. — Comment vous appelez-vous?

R. — Esc...

D. — Quel âge avez-vous?

R. — Près de 100 ans : j'ai 78 ans. Je suis de 1832, née à minuit.

D. — D'où venez-vous? en quelle année sommes-nous?

R. — Je ne sais pas, je n'ai plus de mémoire. Et ma fille va venir me voir et me prendre. Elle est à Limoges et ne viendra pas.

D. — A quoi vous occupez-vous?

R. — A rien. On ne travaille pas à 78 ans.

D. — Où êtes-vous ici?

R. — Je ne sais pas.

D. — Et ce monsieur, le connaissez-vous?

R. — Non, c'est certainement un médecin.

D. — Vous lisez?

R. — Oh! je n'y vois plus rien. Je connais une dame qui a six mois de plus et qui a les même idées; nous parlons ensemble.

D. — Allez-vous vous promener?

R. — Non, je ne sortirai qu'avec ma fille.

D. — Mais hier, vous êtes allée vous promener?

R. — Ah! je ne sais pas.

D. — Et ce matin?

R. — Une dame m'a donné 2 francs pour acheter de la pommade pour teindre les cheveux; je rencontre alors le jeune homme qui est avec le commissaire de police et il m'a dit de les garder tant qu'on ne me les réclamerait pas. Car je ne me rappelais plus quelle pommade il fallait que j'achète. Aussi je n'accepte plus d'argent pour faire des commissions.

D. — Mais quand tout cela?

R. — Je n'ai plus de mémoire.

D. — Et votre fille, l'avez-vous vue, et quand?

R. — Je ne me rappelle plus.....Ma fille m'a défendu de sortir sans elle, mais je suis sortie avec des gens comme il faut.

D. — Où êtes-vous allée?

R. — Je ne sais pas.

J'ai été soignée avec un médecin très souvent. Et à un monsieur je lui ai dit qu'il est très vilain; cela pour voir s'il avait le caractère bien fait, car il était beau garçon.

J'ai une bonne instruction, mais en plus des autres j'ai quelque chose : le bon Dieu me protège.

Maintenant je ne sortirai jamais sans ma fille, car j'ai peur. Je vois dans la figure des gens ce qu'ils sont. Mais je ne veux pas me fatiguer inutilement à regarder les gens. On m'a dit que j'étais folle, mais si j'étais folle je ne le saurais pas. Je n'ai pas un talent extraordinaire et je suis bête. J'ai reçu mon instruction et mon éducation dans un couvent, situé faubourg Duthuel.

D. — Où était-ce?

R. — Je ne sais pas.

D. — Que faisiez-vous?

R. — J'étais pompière chez un tailleur.

D. — Et de votre enfance, que savez-vous?

R. — Oh ! je me rappelle avoir eu une bonne que j'appelais maman Félicie. Je n'ai pas d'instruction, mais je ne suis pas du tout illettrée.

D. — Qu'est-ce que c'est que la Salpêtrière?

R. — Je ne sais pas. Je ne me rappelle plus. Je vais bientôt voir le père Eternel..... Saint Antoine de Padoue ne plaisait pas à tout le monde parce qu'il était noble; moi je suis roturière.

Comme type de démence sénile avec prédominance de faux-souvenirs, et de pseudo-souvenirs, je rappelle l'observation de cette dame Hei..., dont j'ai longuement parlé plusieurs fois, mais que je ne reproduis pas ici.

M. Sub..., vieillard de 90 ans, avec extrêmement peu de déficit intellectuel, va nous montrer quelques autres particularités intéressantes. C'est ainsi qu'il a des moments d'agitation et d'excitation; il fait des promenades qui ne sont pas raisonnables pour son âge, encouragé par sa vieille bonne qui le flatte, et malgré les remontrances de sa famille. Il a aussi des préoccupations érotiques, qui heureusement n'ont pas de conséquences extérieures à son domicile; il adresse des déclarations aux bonnes de ses enfants ; il cherche à les embrasser dans les coins ; il leur écrit des lettres en leur demandant rendez-vous dans un style relevé et littéraire qui n'est sûrement pas apprécié des destinataires; cela indique bien un affaiblissement du jugement chez ce vieillard qui ne comprend pas le ridicule et le répugnant de ces amours ancillaires et séniles. Ce même vieillard a fréquemment, quand il se promène dans son jardin à la campagne, des illusions de la vue qui lui sont parfois désagréables quand il s'en rend compte.

A propos de ces erreurs du jugement qui peuvent parfois être très précoces, et frapper l'entourage du malade dont la perte de mémoire attire moins l'attention au début, je me rappelle une vieille dame, Mme Gro... que j'ai connue autrefois, et chez laquelle un des premiers signes révélateurs de la démence sénile commençante fut une faute grave dans la composition d'un menu.

Mad. Gro..., à un grand dîner qu'elle donna, s'obstina, malgré les représentations de sa fille, à faire figurer sur la table du « fromage de cochon », qui faisait un contraste plutôt bizarre avec les autres mets très raffinés. La fille de la malade dut prévenir les invités de l'impair commis par sa mère. Cette même dame avait toujours été très peureuse ; dans les dernières années de sa vie, très démente, il lui arrivait de se lever la nuit, malgré la surveillance dont elle était l'objet, et de se précipiter à la fenêtre pour crier au feu, à l'assassin, croyant voir l'incendie ou des individus qui la poursuivaient.

D'autres se plaignent d'être volés, car ils ont oublié où ils ont caché leur argent; ils font des scènes à leur famille et à leurs domestiques.

D'autres ont des idées de grandeur. comme le montre le fait suivant :

Ral..., charpentier, âgé de 62 ans, complètement dément, que j'ai vu à Bicêtre, avait été à la Préfecture de Police demander à voir le Président de République: « Je devais être décoré par le Président de la République du grade de la Légion d'honneur pour avoir fait fusiller un soldat. » Il a dit un jour à sa femme de ne pas bouger, qu'on allait être en or. Un autre jour, au milieu des propos incohérents qu'il tient, il proclame tout à coup qu'il a 400 milliards ; avant son entrée à Bicêtre il était agité et excité, filait de chez lui et s'égarait dans les rues.

D'autres ont enfin des idées d'auto-accusation, de ruine, tout comme le vieux Thu... que j'ai cité (voyez p. 42), dément plutôt artério-scléreux et débile par-dessus le marché, qui restait dans son lit et accueillait chaque visite par la monotone histoire de ses accusations stupides contre lui-même. Il a fini par se tuer par imitation, comme je l'ai dit. Son état mental avait relativement peu baissé. — C'est pour ces cas encore moins marqués au point de vue démentiel et commençant de bonne heure qu'on a réservé le nom de *délire présénile* (Kraepelin), qui peut être aussi bien d'auto-accusation que de persécution proprement dite ; j'en citerai un cas plus loin aux Folies systématiques de persécution. Quelques-uns manifestent des idées hypocondriaques ou de négation, etc.

Seulement il est permis de se demander si l'on peut rattacher ces délires à la sénilité proprement dite ou à l'artério-sclérose, ou encore s'il n'y a pas seulement une marque particulière apportée par l'involution à des types cliniques variables Je ne fais que soulever ce problème qui ne rentre pas dans le cadre esclusivement clinique de ce livre, et que par suite j'envisagerai comme pratiquement résolu par la troisième hypothèse.

Pour revenir à la démence sénile proprement dite, le cours de cette démence, qui s'aggrave fatalement de jour en jour, peut être très lent, de quelques années à vingt ans, comme chez la vieille dame Hei... que j'ai citée plus haut.

Il est parfois interrompu par des périodes aiguës de confusion avec délire de rêve, qui rappellent le délire alcoolique, et que Wernicke n'a pas très clairement décrites sous le nom de *presbyophrénie*. Wernicke avoue que des épisodes analogues peuvent se montrer en dehors de tout affaiblissement intellectuel. Je crois, en me fondant sur le cas que j'ai rapporté p. 333

et sur d'autres que j'ai vus à Bicêtre, qu'il s'agit souvent d'auto-intoxications ou d'infections légères qui trouvent dans le cerveau du vieillard un terrain tout préparé, surtout quand ce cerveau est déjà atteint de sclérose diffuse ou de ramollissement, mais qui peuvent guérir malgré cela, pourvu que l'on intervienne rapidement. En somme, cette presbyophrénie n'existe pas comme type clinique distinct.

Exposé général.

La démence sénile est liée à la sclérose diffuse du cerveau, exagération de la dégénérescence sénile normale.

Elle ne s'accompagne pas, sauf complications le plus souvent tardives, de signes d'artério-sclérose marquée ni de lésions en foyer, ce qui la distingue de la démence avec ramollissement.

Elle est caractérisée par :

Signes mentaux. — L'affaiblissement du pouvoir de fixation, amnésie actuelle, amnésie continue, la perte des souvenirs anciennement acquis, amnésie de conservation, rétrospective, en commençant par les plus récents; les pseudo-souvenirs, la diminution de la perception et de l'attention, la désorientation, l'affaiblissement ou la perte du jugement, la baisse de la qualité du travail intellectuel, conséquence des signes précédents; ce travail ne porte guère que sur des notions anciennes, d'où report fréquent dans le passé (qui peut aller jusqu'au puérilisme) et rabâchage avec méconnaissance du présent; la diminution et la perversion des émotions et des sentiments avec irritabilité, excitabilité, agitation, bavardage, ou au contraire apathie ; idées délirantes diverses, absurdes, mobiles, incohérentes, exceptionnellement relativement systématisées (plutôt dans la période dite présénile). Tendances diverses, érotisme, prodigalité, avarice, colères, opposition et suggestibilité; fugues, etc., etc.

Signes physiques. — Les signes physiques sont ceux de la sénilité; de plus, il y a fréquemment insomnie ou somnolence, gâtisme à la fin, quelquefois voracité.

Formes. — Simple; avec pseudo-souvenirs prédominants, parfois avec perversion de l'imagination délirante; avec grandeur; avec persécution; avec auto-accusation, etc.

Complications — Artério-sclérose, pneumonie, broncho-pneumonie, troubles vésicaux, alcoolisme (chez les malades d'asiles d'aliénés et les hospices de vieillards).

Marche fatale. — Mort par cachexie sénile, artério-sclérose, pneumonie, etc.

Durée. — Jusqu'à vingt ans.

Diagnostic. — *Paralysie générale*, l'âge et les signes spéciaux de la P. G.; *Alcoolisme chronique*, parfois délicat ; commémoratifs, signes spéciaux de l'alcoolisme; *Psychose de Korsakoff* alcoolique : rechercher les névrites ; *Ramollissement* : lésions en foyer, artério-sclérose marquée (1); *Mélancolie et délires de persécution et autres :* ne peuvent être distingués que si avec eux il n'y a pas de démence du tout (Je dois dire que la question n'est pas si claire si on admet que certains de ces délires préséniles ne sont que le *début* de la démence sénile).

Traitement. — Symptomatique : veiller aux fugues, aux captations d'héritage, aux tendances érotiques. *Surveiller les urines.*

L'internement ne s'impose que chez ceux qui ne peuvent être surveillés suffisamment chez eux ou dans les hospices de vieillards.

(1) L'erreur avec la démence artérielle ne serait vraiment que de peu d'importance. Il y a souvent coexistence des deux.

CHAPITRE XIII

ARRIÉRATIONS MENTALES (1)

Idioties, imbécillités, arriérations proprement dites. Faiblesses mentales.

Sommaire. — Faible importance pratique. Il suffit pour le praticien de savoir si l'enfant arriéré doit être placé ou non dans un asile, ou si un traitement étiologique peut agir. L'arriération avec ses différents degrés, idiotie, imbécillité, arriération, n'est qu'un *syndrome* lié à des affections somatiques variées. La classification de ces affections est très défectueuse ; elle est seulement empirique.

Classification. — L'arriération par démence épileptique juvénile rentre dans la démence épileptique. L'arriération par « démence précoce » infantile rentre dans la folie discordante.

I et II. — *Arriérations dues à des lésions non spécifiques avec et sans syndromes moteurs.* Exemples : Idiotie profonde avec cécité et stéréotypie. Ressemblance de ces stéréotypies avec celle du fou discordant. — Imbécillité, hémiplégie infantile légère. — Imbécillité avec aptitudes musicales développées. — Arriération mentale. — L'alcool est la source principale de toutes ces idioties. — Arriérés scolaires, anormaux scolaires. La débilité mentale sera traitée à part.

Résumé.

III. — *Arriération syphilitique et parasyphilitique. P. G. infantile.* Un exemple d'arriération syphilitique (syphilis cérébrale héréditaire). Pour la P. G. renvoi à la P. G.

IV. — *Arriération amaurotique familiale. Type de Sachs.*

V. — *Arriération microcéphalique :* un exemple.

VI. — *Arriération hydrocéphalique :* un exemple.

VII. — *Arriération myxœdémateuse :* un exemple.

Résumé.

VIII. — *Arriération mongolienne :* un exemple.

Résumé.

Je ne m'étendrai pas longuement sur ce sujet qui n'a pas, je crois, une importance pratique considérable, malgré la mode actuelle qui pousse à s'occuper plus que jamais des enfants arriérés et anormaux. Pour le médecin praticien l'important est de savoir, non le niveau exact de l'enfant, mais si l'enfant est arriéré suffisamment pour être placé dans un asile ou si l'arriération qu'il présente est liée à une des rares affections sur lesquelles a prise le

(1) Ph. Chaslin et L. Rousseau, *loc. citato.* — J. Voisin. *L'idiotie*, Paris, 1893. — Hutinel et Babonneix, art. Encéphalopathies infantiles, in *Traité des maladies des enfants*, dirigé par Hutinel, t. V, 1909, p. 116. — Sollier, *Psychologie de l'idiot et de l'imbécile*, 2e éd., 1901. — Régis, *Précis*, p. 484.

traitement. Quant à ceux qui sont dits vicieux sans arriération mentale *nette*, il fera bien de procéder comme je l'indique au chapitre *Déséquilibre mental*. Je rappelle que l'arriération à ses divers degrés, idiotie, imbécillité, arriération proprement dite, et sous ses diverses formes, n'est qu'un syndrome lié à toutes les affections fœtales ou infantiles, qui arrêtent le développement intellectuel. Comme cet arrêt, qnand il se produit à un certain âge, fait perdre aussi dans bien des cas, les acquisitions antérieures on peut également parler de démence.

Mais cela est surtout vrai pour la démence épileptique et la P. G. infantiles. De plus, la démence est progressive, tandis que certaines idioties sont, jusqu'à un certain point, stationnaires ou régressives, grâce à l'éducation ou au traitement. Parmi ces affections il n'y en a que quelques-unes qui donnent des types cliniques et étiologiques nets. Les autres, d'origine inconnue ou très mal connue, se traduisent par des lésions nerveuses qui ne sont classables que par leurs signes de localisation. Aussi la classification des affections avec arriération, ou, si l'on veut, des arriérations, est-elle des plus défectueuses et toute empirique. Quoi qu'il en soit, uniquement pour fixer les idées, nous distinguerons les arriérations suivantes qui peuvent se présenter sous diverses formes exprimées par les termes d'idioties, d'imbécillités, d'arriérations proprement dites :

I. — Arriérations avec syndromes moteurs :

Paralysies.. { Hémiplégie; Pseudo-bulbaire; Diplégie; Maladie de Little (1).

Mouvements anormaux. { Athétose ; Pseudo-chorée.

II. — Arriérations sans syndromes moteurs : méningo-encéphalites et diverses lésions non syphilitiques.

III. — Arriération syphilitique et arriération parasyphilitique (paralysie générale infantile).

IV. — Arriération amaurotique familiale.

V. — Arriération microcéphalique.

VI. — Arriération hydrocéphalique.

(1) La diplégie est distinguée souvent de la maladie de Little précisément parce que celle-ci ne s'accompagnerait pas d'idiotie; outre des caractères somatiques différents. Tout cela est encore très débattu et obscur. Je renvoie aux traités des maladies des Enfants pour l'étude de ce côté somatique.

VII. — Arriération myxœdémateuse.

VIII. — Arriération mongolienne.

IX. — Arriération par démence épileptique. — La plupart des idiots sont épileptiques. Mais il y a de plus des enfants épileptiques, tout à fait normaux intellectuellement, qui tombent rapidement dans la démence et qui par suite ne peuvent plus se développer, puisqu'ils perdent ce qu'ils avaient acquis. On appelle quelquefois cet état idiotie épileptique, quand l'arrêt survient dans le jeune âge. J'en ai parlé à l'article Épilepsie (voyez p. 400) et je n'y reviendrai pas ici.

X. — On pourrait aussi comprendre dans les arriérations celle qui accompagne la déchéance acquise de la « démence précoce » et faire une dixième forme : arriération par « démence précoce », quand celle-ci débute très tôt. Je renvoie au chapitre *Folies discordantes*.

I et II. — Idiotie, imbécillité, arriération dues à des lésions non spécifiques.

Ces degrés d'arriération se retrouvent, à quelques nuances près, dans les autres classes d'arriération. Ces degrés sont mal délimités, et d'ailleurs il est difficile de classer méthodiquement les arriérés suivant le plus ou le moins de leur développement, puisque les différentes « facultés » peuvent être inégalement développées. D'où il suit qu'il n'y a même pas un syndrome arriération avec divers degrés, mais des arriérés ; comme on l'a dit pour d'autres affections, il n'y a pas d'idiotie, mais des idiots. On pourrait aussi distinguer *l'idiotie congénitale*, due à des lésions intra-utérines, et *l'idiotie acquise*. Effectivement, il y a souvent une différence somatique entre les deux. L'enfant devenu idiot (dément) par une lésion acquise tardivement a un aspect bien moins malformé, est souvent de figure normale, etc. Cette distinction n'a pas d'importance au point de vue exclusivement pratique où je me place.

Après avoir, sur des exemples, pris une idée de quelques types cliniques d'arriérés, le lecteur comprendra facilement comment peuvent se présenter les autres catégories d'arriérations. Il me suffira d'en donner un résumé.

Idiotie profonde. Gestes stéréotypés. Cécité. — Moni... Henriette, entrée à la Salpêtrière le 13 avril 1896, à l'âge de 2 ans 1/2.

Père alcoolique. La mère serait bien portante (Un premier enfant bien portant). Pendant la grossesse de Henriette, elle se trouvait mal à chaque instant. Accou-

chement normal, mais l'enfant avait le cordon autour du cou, asphyxie violette, ophtalmie purulente à la naissance. Pas de convulsions, première dent à 10 mois . N'a jamais parlé ni marché. Elle reconnaissait la voix de la nourrice, mais ne suivait pas la lumière, d'après sa mère.

4 avril 1911. — D'après les renseignements du service, elle n'a pas changé depuis son entrée, sauf qu'elle a grandi. Assise sur un fauteuil percé, gâteuse, elle mène une vie végétative, sans parler, sans bouger presque, sauf les mouvements automatiques très fréquents qu'elle fait avec ses mains en écartant les doigts des deux mains portées à la hauteur des yeux. Le petit doigt de la main gauche est appuyé sur un des doigts de la main droite, tantôt l'un, tantôt l'autre, tandis que le pouce gauche touche presque l'œil gauche. Dans cette position, les mains sont agitées d'une sorte de battement très rapide fréquent, comme un battement d'aile, tandis que les mains se touchent par différents doigts. En même temps les globes oculaires cachés sous les paupières sont animés de mouvements brusques. Il est impossible d'examiner sérieusement les yeux : le droit paraît présenter une taie, le gauche paraît avoir une cataracte. Parfois Mon... ouvre les paupières quand on est loin, et les yeux paraissent présenter du nystagmus. L'enfant ne semble jamais rien regarder en dehors de son pouce gauche. Elle semble percevoir pourtant la lumière quand le soleil donne directement dans ses yeux. Elle interrompt ses mouvements automatiques d'elle-même, de temps en temps ou lorsqu'on la lève de son fauteuil. Aucune expression de comprendre quelque chose, sauf quand on la met debout. Elle s'agrippe au dossier d'une chaise et crie un peu, en s'agitant. Elle paraît sentir quelque chose quand on approche la main de son visage. Ordinairement elle grince des dents et fait entendre une espèce de petit murmure. Elle ne prend pas sa nourriture, ne mâche pas. On est obligé de la lui entonner cuillerée par cuillerée.

Crâne petit, suture médiane pariétale saillante. Oreilles à lobules adhérents. Lèvres grosses et renversées en dehors, dents saillantes, cariées, double rangée devant et inférieurement. Bouche constamment ouverte.

Très maigre. Taille au-dessous de son âge ; membres réduits presque aux os, abdomen énorme, sillonné de veines bleues. Nombreuses taches pigmentées de la peau. Au niveau du coccyx, dépression linéaire de quelques centimètres, avec deux replis à la peau de chaque côté. Pas de poils au pubis. Seins non développés. Règles absentes.

Genu valgum bilatéral. Pieds en talus valgus. Réflexe rotulien exagéré à à gauche, pas de trépidation épileptoïde.

Ne peut marcher, mais se tient debout ; ne prend pas avec les mains, sauf pour s'agripper à la grille du poêle pour ne pas tomber ; elle oppose de la résistance quand on veut regarder ses yeux.

En résumé : père alcoolique, asphyxie à la naissance. Elle n'a jamais parlé, ni marché ; elle est aveugle. C'est une enfant qui est au-dessous de l'animal, réduite à une vie purement végétative. Il n'y a pas de paralysies, mais des malformations et déformations ; les mouvements automatiques sont fréquents ; il est difficile d'en connaître l'origine, mais il est curieux de remarquer

leur *ressemblance avec ceux des déments précoces ou fous discordants*. Il faut remarquer aussi l'alcoolisme du père et l'asphyxie à la naissance; ce sont deux causes distinctes, mais si fréquentes, d'idiotie et d'épilepsie. Je ne sais ce qu'on trouverait à l'autopsie; vraisemblablement des lésions diffuses provenant probablement d'une affection intra-utérine aggravée par l'asphyxie. C'est l'idiotie la plus profonde.

A côté de cette enfant, dans la même salle, il y a d'autres idiotes qui sont analogues, mais plus élevées dans l'échelle, qui voient, qui mâchent un peu leur nourriture, déformées et mal formées, gâteuses, mais qui comprennent quelques paroles, manifestent des rudiments d'affection pour l'infirmière qui les soigne, de l'appétit pour la nourriture qu'on leur entonne; quelques-unes même prononcent quelques mots enfantins ou d'autres parlent sans comprendre ou répètent comme des perroquets (voyez p. 197). Beaucoup se masturbent avec frénésie, se balancent, grincent des dents, mâchonnent, ont d'autres tics variés, etc.

Imbécillité. — Hémiplégie infantile légère. — Mon... Victor, entré à Bicêtre, le 17 décembre 1904, à l'âge de 14 ans, passé dans mon service le 4 février 1909, à l'âge de 18 ans.

Renseignements (fournis par le père, d'après l'observation communiquée par mon collègue Nageotte).

Père : cinquante-neuf ans en 1904, boucher, rhumatisant, pas alcoolique. violent. Pas de renseignements précis sur les grands-parents paternels ou maternels. Le père avait neuf frères et sœurs, tous morts, sauf un frère, boucher, qui, à vingt ans, pesait 106 kilos.

Mère, cinquante-cinq ans en 1904, journalière dans une verrerie, s'enivre fréquemment. Rien à noter dans sa famille.

Cinq enfants vivants : la quatrième, fille, nerveuse. Une fille, morte à dix-sept ans, avait à chaque main l'auriculaire et l'annulaire accolés. Le malade est le plus jeune.

A la conception, querelles dans le ménage. Rien à noter que l'abus du vin et du café pendant la grossesse.

Accouchement à terme, par le sommet, sans forceps.

Allaitement désordonné. Sevrage à dix-huit mois. Première dent vers neuf ou dix mois. Dentition complète à cinq ou six ans. Début de la parole à dix-huit mois, de la marche à trois ans.

A bu du vin très jeune.

La mère dit qu'à trois mois l'enfant ne remuait pas normalement. Convulsions à trois et huit mois. Paralysé à gauche, mouvements athétosiques de la main.

Voleur, gourmand; onanisme probable.

Rougeole à deux ans; coqueluche légère à onze ans.

Premiers signes de faiblesse intellectuelle vers deux ans. Paralysie marquée à gauche vers un an et demi ; la paralysie brachiale aurait augmenté, celle de la jambe a diminué.

Examen de l'enfant le 28 décembre 1904. (*Bourneville*). État général bon ; expression assez intelligente. Pas de gros stigmates de dégénérescence, sauf des oreilles écartées de la tête et le lobule adhérent.

Hémiplégie gauche. Le membre supérieur au repos pend le long du corps. M... ne peut s'en servir, les doigts se ferment incomplètement. Oscillation dans la marche. Légère atrophie. Réflexe rotulien aboli à gauche, conservé à droite. Pas de trépidation épileptoïde, pas de Babinski.

Thorax symétrique.

Ne lit pas couramment, fait l'addition. Écriture lisible. Copie.

1908. — Hémiplégie gauche avec Babinski. Immobilité à gauche, flexion à droite. Paralysie faciale gauche pour certains muscles de la face pendant le rire (muscles abducteurs de la commissure), droite pour d'autres muscles pendant le rire (muscles élévateurs de la commissure et muscles péri-oculaires). Hémiplégie droite pour la langue et le peaucier. L'œil gauche est plus ouvert à l'état de repos, fermé pendant les mouvements de la face, volontaires ou émotionnels.

Notes de l'école : Ne sait pas lire couramment, sait écrire pour la copie, fait l'addition et la soustraction.

Très paresseux à l'atelier de tailleur; fait pourtant le pressage assez bien.

Se tient toujours propre.

4 février 1909. — Passage aux adultes.

25 juin. — Examen du niveau mental.

D. — Quel âge avez-vous?

R. — Dix-huit ans et demi.

D. — Quand êtes-vous entré à la quatrième (Service des Enfants)?

R. — Je ne sais pas combien d'années. Je suis entré pour une paralysie.

D. — Vous avez été à l'école?

R. — Oui, monsieur le docteur.

D. — Jusqu'à quel âge?

R. — Douze ans et demi.

D. — A l'École des Enfants, qu'avez-vous appris?

R. — Pas grand chose. Je sais un peu lire.

En fait, ne sait pas lire, prend les lettres les unes pour les autres. N'écrit que son nom en signature et est incapable d'écrire une phrase simple. Sait un peu l'addition, mais pas la table de multiplication. Fait par écrit péniblement une addition de 2435+3279. Soustraction impossible. Notions de géographie et d'histoire nulles. Sait les mois de l'année qu'il dit d'abord être des saisons; incapable de les réciter à rebours. On l'interroge sur les occupations de charbonnier qu'il remplit actuellement, et très bien, dans l'Hospice. Il répond exactement, avec bon sens, mais sans savoir ce que représentent 50 kilos, etc. Il donne réponses sensées à des questions simples : Quand on est en retard pour arriver à l'École, qu'est-ce qu'on fait? Il répond : On se dépêche. — Quand on est fatigué et qu'on n'a pas six sous pour prendre l'omnibus, qu'est-ce qu'on fait? — On se repose un instant sur le trottoir et on repart. — Si on vous donnait à porter un sac de 100 kilos, que feriez-vous? — Je prendrais une petite voiture

à bras ou je me ferais charger par un copain. — Reconnaît et nomme les objets usuels. — Air assez intelligent, affable, excellente tenue. Dit qu'il voudrait sortir pour aller à l'abattoir travailler avec son frère, moutonnier, pour être dégraisseur.

Voici la façon dont il se comporte dans le service. — Il fait sa toilette et s'habille seul. Il mange proprement à l'heure de la cloche. Se couche normalement. Vit en bonne intelligence avec tout le monde. Les visites des autres l'intéressent; il fait très bon accueil à ses parents. Travaille très ponctuellement. Jeux enfantins. Conversations avec les débiles et les imbéciles. Très bien adapté à l'asile. Il a une montre et sait s'en servir.

En somme: alcoolisme maternel; infections révélées par les convulsions à l'âge de 3 et 8 mois; reliquat de paralysies. Parle assez bien, mais ne sait ni lire ni écrire, sauf son nom: instruction scolaire générale nulle. Capable de faire des travaux faciles et de les expliquer. C'est le niveau qualifié imbécillité simple, sans talents particuliers ni défauts marqués. On sait en effet que non seulement l'arriération intellectuelle peut ne pas être égale pour tous les processus intellectuels, mais encore que très souvent à l'arriération se joignent les perversions telles que je les ai étudiées à la sémiologie. C'est ainsi qu'il y a des imbéciles pervers, instables, etc. Quelques-uns ont des talents particuliers, comme le suivant.

Imbécillité. — Aptitudes musicales développées. — Fra..., entré à Bicêtre le 11 novembre 1898, à l'âge de 20 ans, sorti le 30 novembre 1906; entré de nouveau le 18 décembre 1906.

C'est un grand garçon, fort et robuste, qui n'a que peu de signes physiques, mais il a bien la physionomie d'un imbécile : léger strabisme convergent, surtout marqué à droite, nystagmus, pas de troubles oculaires autres. Oreilles normales; voûte palatine ogivale; dents très développées (celles qui restent), les canines sont aussi grandes que les incisives. Système pileux développé.

Ongles rongés. Réflexes plutôt faibles, sensibilité intacte. Il parle, mais il ne sait ni lire ni écrire et son instruction est nulle: il ne sait même pas distinguer sa droite de sa gauche. Il fait sa toilette seul, s'habille seul peu soigneusement, il entend la cloche des repas, il mange seul, mais très goulument (Voyez p. 39) et en roulant les yeux à droite et à gauche. Il se couche normalement, bien qu'on soit parfois obligé de le déshabiller. Il est peu patient avec ses voisins. Si l'on fait quelque chose qui lui déplaît, il ne dit rien, mais s'en va en roulant des yeux furibonds dans un coin de la cour où il se mord lui-même, déchire ses vêtements, frappe du pied, bref se met dans une violente colère. Il serait jaloux des visites des autres s'il n'en recevait pas lui-même. Il accueille avec joie son père et sa mère. Il aide parfois, lorsqu'il est bien disposé, aux gros travaux, à tirer la voiture, pousser la brouette, etc. Il se promène dans la cour, seul, ou se tient debout dans un coin toujours le même. Ne parle à personne. De temps à autre fait entendre une sorte de

glapissement, puis fuitt... fuitt... et ajoute : « C'est épatant ce que tu as l'air c... »; il est très habitué à l'asile et s'y plaît; mais demande toujours à sortir en permission et lorsqu'il est chez ses parents demande à rentrer. D'ailleurs, si ses parents le gardent trop, il fait du tapage chez lui et casse tout. Aussi on avait supprimé les permissions, et alors les parents, peu logiques, avaient essayé de le reprendre, mais ils ont dû le ramener au bout de dix-huit jours. — Ce qu'il a d'intéressant est sa capacité musicale. Il va toujours écouter la musique des aveugles exécutée dans le service les mardis et samedis; il danse d'une façon baroque avec un idiot qui lui fait vis-à-vis. Mais il sait jouer du piano. Son père l'entendant dans son jeune âge faire des bruits musicaux sur des métaux, des ressorts, lui a fait donner pendant cinq mois des leçons de piano. C'est la seule chose qu'il ait pu apprendre. Il est capable d'accompagner. Quand on lui joue deux ou trois fois un morceau, il peut le jouer. Il joue par cœur différents morceaux : j'ai entendu Fra... jouer sur le piano à la salle de garde : *La Marche indienne*, *Si j'étais roi*, *Faust*, etc. Le père prétend même que son fils faisait des variations sur l'orgue. — Le père est lui-même doué musicalement. Une sœur du malade, de dix-huit ans, bien portante, joue avec lui à quatre mains; elle est très douée et a une excellente mémoire musicale. Le père, qui donne ces renseignements, ajoute comme contraste qu'on est obligé de conduire ce grand garçon de Fra.. comme un enfant dans la rue : il se laisserait écraser par les voitures.

On voit que cet imbécile Fra... est bien moins développé en général que le premier cité Mon... ; il a de l'agitation, des violences sans cause, des colères qu'il tourne contre lui-même ; des phrases automatiques, stéréotypées, etc. En revanche il a des aptitudes musicales qui manquent à de mieux doués, aptitudes d'ailleurs plus automatiques qu'intelligentes. En fait d'aptitudes, je rappelle cet arriéré (voyez p. 84) qui, incapable de rien faire de ses dix doigts, sauf d'écrire correctement, et paresseux comme une couleuvre, avait des aptitudes au calcul de tête, dépassant celles de bien des polytechniciens. Tous les aliénistes ont vu des cas plus ou moins analogues. On les observe encore plus fréquemment dans les degrés supérieurs, arriérés proprement dits. C'est parmi eux que se recrutaient les bouffons des rois.

Arriération mentale. — Mey..., entrée à la Salpêtrière à l'âge de 13 ans 29 janvier 1908.

La mère est tuberculeuse très vraisemblablement. Le père alcoolique est mort d'albuminurie. Six autres enfants, sur lesquels je n'ai pas de détails. L'enfant a eu du mal à se développer intellectuellement; a toujours gâté au lit jusqu'à il y a quelques années; a commencé ses dents à quatorze mois, n'a marché qu'à quatre ans. Pas d'accidents convulsifs.

Avril 1911. — Actuellement c'est une fille de taille pas très développée, mais trapue, laide et asymétrique, capable de faire de gros ouvrages auxquels

elle s'applique, à condition qu'on la surveille, sans cela elle ne les finit pas. Mais elle, qui a seize ans maintenant, est incapable de faire une dictée sans d'énormes fautes; une partie des fautes vient de ce qu'elle ne comprend pas les mots dictés; il lui est impossible de donner des explications sur certains mots simples; la lecture est au même niveau. Pourtant elle peut écrire de temps en temps une lettre à ses parents. Elle fait péniblement et automatiquement une petite multiplication et même une division à force de patience de la part de l'institutrice; les connaissances générales sont à peut près nulles. Goûts enfantins. Elle est en somme bonne à être auxiliaire dans un asile, mais ne pourrait rien faire livrée à elle-même.

Je n'insiste pas davantage pour ne pas allonger ce chapitre. Je renvoie à l'exemple que j'ai donné (p. 235) à propos du syndrome, d'une arriération plus étudiée dans les détails.

Il me paraît inutile de faire un résumé de l'observation de Mey....; je ferai seulement remarquer ici encore *l'alcoolisme* du père. Cette mention d'alcoolisme ouvre comme un refrain toutes ou presque toutes les observations d'arriération.

Dans l'arriération proprement dite on compte plusieurs degrés; il y a des enfants plus intelligents mais pas encore normaux. Je traite à part de la *débilité mentale* qui n'est qu'une forme spéciale d'arriération, très limitée, compatible avec une instruction, une activité intellectuelle parfois très grandes et même avec le succès dans la société. Enfin il y a les arriérés que l'on appelle les *arriérés scolaires*, et les *anormaux scolaires*. Les premiers sont des enfants normaux, mais qui ont été privés d'éducation. Les anormaux scolaires, qui ne doivent pas appartenir à l'asile, mais à des classes spéciales libres, sont des enfants arriérés pour des petites causes d'arriération, ou un peu instables, inattentifs, légers, obsédés, tiqueurs, névropathes, etc., bref ceux qui touchent par presque tous les côtés, sauf un, à la normale.

Résumé (1).

L'*idiotie* est donc la privation presque totale de l'intelligence (au sens large du mot) avec un développement nul ou faible de la parole.

L'*imbécillité* est un degré moins bas; il y a des rudiments d'intelligence et de sentiments divers. La parole est plus ou moins développée, mais l'écriture et la lecture restent toujours nulles ou rudimentaires.

(1) Je passe sous silence tous les détails psychologiques qui n'intéressent que le spécialiste et le psychologue.

L'*arriération* proprement dite est plus élevée ; il y a vraiment des ressources intellectuelles et sentimentales, une possibilité d'instruction scolaire et pratique qui permet, dans les degrés supérieurs, l'utilisation de ces inférieurs de l'esprit à l'intérieur d'un asile ou dans des placements familiaux, pour des besognes simples et toujours les mêmes.

Mais il ne faut pas oublier les perversions et les inégalités de développement des différentes «facultés» ;d'où les différents types : l'imbécile, l'arriéré pervers, le vaniteux (voyez à l'art. Débilité mentale), l'instable, etc. A l'article de la folie morale on verra des jeunes gens qui, suffisamment intelligents pour jouer un rôle ordinaire dans la société, aboutissent pourtant à l'asile ou à la prison à cause de leurs sentiments anti-sociaux (arriérés ou idiots moraux).

L'épilepsie se rencontre chez les trois quarts des idiots, ce qui aggrave singulièrement le pronostic par la gravité propre à ce syndrôme.

Les *anormaux scolaires* sont des arriérés par des causes diverses, plutôt avec des *trous* dans leur développement ou des affections qui, empêchant la fréquentation régulière de l'école et les études suivies, entravent par cela même le développement intellectuel ; ils ne peuvent pas être considérés quoique malades. comme des « arriérés d'asile ».

Quant aux *arriérés scolaires*, ce sont des arriérés par défaut d'instruction et d'éducation familiale : ce ne sont pas des anormaux le plus souvent, mais des victimes de leur famille ou du milieu. Mais ils peuvent devenir par abandon de leur famille des anti-sociaux pervers.

Je sépare complètement de l'arriération la débilité mentale, la sottise, qui est, comme beaucoup d'autres anomalies, placée sous le titre général de déséquilibre mental, une arriération particulière, associée fréquemment à l'arriération proprement dite; et je l'ai étudiée à part (voyez plus loin) à cause de sa grande importance et de ses relations, probablement très intimes, avec les folies. Mais elle n'est pas en rapport avec des lésions somatiques grossières comme la plupart des arriérations.

Je renvoie à la sémiologie (p. 264) pour l'énumération des *signes physiques*. Je n'en fais pas la description que l'on trouvera dans les traités des maladies des enfants.

Étiologie. — On rencontre parfois la folie et les affections nerveuses chez les parents, mais c'est l'*alcoolisme* qui est le grand

facteur de l'arriération, plus rarement les maladies infectieuses. Viennent ensuite toutes les causes pouvant agir sur la mère pendant la grossesse, intoxications, infections, traumatismes, etc.

Au moment de l'accouchement, une des causes les plus fréquentes signalées est l'*asphyxie*. Enfin toutes les *infections* de l'enfance peuvent amener les idioties non congénitales.

Il y aurait plus du double de garçons idiots que de filles.

Le *pronostic* est grave en tous cas, surtout quand il y a épilepsie, car il ne faut pas se faire d'illusion sur le traitement, qui ne peut que prolonger la vie sans améliorer l'esprit, et encore cela dépend du degré des lésions cérébrales.

Le *diagnostic* est facile. Pourtant il ne faut pas confondre les arriérés privés d'éducation avec les vrais arriérés. Il faut aussi savoir si on n'a pas affaire avec une des autres arriérations spécifiques.

Le *traitement* ne peut guère se faire que dans des asiles spéciaux. Il ne faut pas en attendre des miracles qui ne se produisent jamais. Je ne veux pas m'étendre sur ce sujet si spécial. On devrait ne soumettre à l'instruction scolaire que les arriérés supérieurs qui peuvent en profiter, et quant aux autres les utiliser à des travaux rudimentaires pratiques sans perdre son temps, de l'argent et beaucoup de dévouement à poursuivre le but chimérique de l'instruction. Les bribes de connaissances scolaires que peuvent conquérir si péniblement ces anormaux sont totalement *inutiles*, et d'ailleurs vite oubliés. En un mot, il faut faire un traitement beaucoup plus individuel, suivant les aptitudes, après une sélection rigoureuse et sans le fétichisme de l'alphabet. Il faut réserver celui-ci pour les trop nombreux normaux qui ne savent pas lire.

III. — Arriération syphilique et parasyphilitique. (*P. G. infantile.*)

Voici un exemple de la première. Je crois que l'on ne peut ici faire le diagnostic clinique de P. G. infantile, les signes caractéristiques manquant, achoppement, bredouillement, trémulation des lèvres et de la langue ; il n'y a pas non plus d'état de satisfaction ou autre, mais seulement indifférence complète.

Mor... G., âgée de 12 ans, entrée le 7 novembre 1909 à la Salpêtrière. *Renseignements fournis par la mère.* — A eu huit grossesses, dont deux fausses couches. Trois enfants morts en bas âge de bronchite, fluxion de poitrine,

méningite. Trois vivants: une jeune fille de vingt-trois ans bien portante; un enfant de quatre à cinq ans bien portant; enfin la petite malade âgée de douze ans, venue au monde après des couches normales et faciles.

Enfant normale. Bien constituée. Parlant, marchant et allant à l'école. Sachant lire et écrire jusqu'à sept ans.

A partir de cet âge, paresse; l'enfant refuse de travailler; accès de colère, maussaderie. Dans ces accès de colère survenant deux ou trois fois par mois, l'enfant ne crie pas et ne fait pas de bruit, mais déchire ses vêtements et ceux de sa sœur, ainsi que tout ce qui lui tombe sous la main.

Diminution progressive de la parole qui devient embrouillée et incompréhensible, confuse, mal prononcée. L'enfant se fâche quand on lui en fait l'observation.

L'enfant a presque complètement désappris à lire et à écrire.

Diminution de la mémoire: l'enfant embrouille les différents mouvements qu'on lui demande et ne se rappelle plus.

Le sommeil est normal; il n'y a eu jamais de crises nerveuses.

Jamais aucune affection aiguë ou autre.

Antécédents familiaux. — Père bien portant (?) ni alcool ni syphilis avoués. La mère se dit bien portante, mais accuse quelques douleurs de membres inférieurs : douleurs brusques. L'examen de la mère révèle des signes nets de tabes.

Signe de Romberg.

Abolition des réflexes achilléens et rotuliens.

Réflexes pupillaires à la lumière : abolis à gauche, faibles et invertis à droite (dilatation à la lumière). Les pupilles sont égales, mais déformées et irrégulières.

Troubles sensitifs : diminution de sensibilité à la douleur, surtout aux membres inférieurs. La sensibilité du tact semble beaucoup diminuée.

Perte du sens de la position des pieds et orteils.

Pas de troubles sphinctériens ni viscéraux, sauf quelques troubles vésicaux (léger écoulement d'urine) à la suite d'une fausse couche il y a quinze ans.

L'interrogatoire ne permet de relever aucun passé spécifique en dehors des fauses couches.

La ponction lombaire de la mère révèle la présence d'une véritable purée de lymphocytes.

Examen de l'enfant à l'entrée :

Examen physique. — Enfant petite. Asymétrie faciale. Crâne aplati de haut en bas. Front bas. Menton dévié et prognate. Voûte ogivale ; dents supérieures mal rangées. Réflexes forts.

Pas d'adénopathie. — Aucune trace de cicatrices. Pas de déformations osseuses.

État intellectuel. — Aspect général : aspect hébété. Grimaces et mouvements continuels, l'enfant reste difficilement en place. Elle comprend à peine ce qu'on lui dit et donne comme unique réponse son nom et son âge. Elle n'est pas turbulente, mais si on la taquine, elle bat ses compagnes, et elle ne peut rester en place. Elle ramasse tout ce qu'elle trouve : chiffons, papiers, etc.

Elle est très sale, et si on ne la surveillait pas étroitement, elle ferait sous elle.

Trouble très marqué de la parole : mots mal prononcés et coupés. Parole rapide. Répétition des mots.

Elle va à l'école, mais ne sait ni lire ni écrire : elle compte jusqu'à 10 d'une manière saccadée ; elle assemble deux lettres en lecture. Pleurniche toujours en classe et déchire tout. Fait un peu de charpie.

Elle ne peut ni s'habiller ni se déshabiller seule. Elle mange seule, mais salement et gloutonnement.

Elle n'a jamais eu de crises depuis son entrée dans le service. Jamais de pertes de connaissance.

Elle reconnaît sa mère et son père ; sait qu'on vient la voir le dimanche, mais ne reconnaît ni les infirmières ni les autres enfants.

Inégalité pupillaire : pupille gauche un peu plus grande, ne semble pas réagir à la lumière (examen extrêmement difficile).

Léger tremblement de la langue et des mains.

Ponction lombaire : présence de sang dans le liquide par piqûre veineuse : 15 à 20 lymphocytes par champ au milieu des amas de globules rouges.

24 mars 1910 :

Pas de tremblement des mains, ni des lèvres.

Très léger tremblement de la langue.

Paroles défectueuses : la malade a une parole embarrassée, un peu explosive ; certaines lettres, notamment L et R, ont de la peine à être prononcées, ce qui rend le langage difficilement compréhensible. Mais il n'y a pas d'achoppement à proprement parler, ni de bredouillement.

Réflexes rotuliens exagérés des deux côtés. Pas de trépitation épileptoïde, ni de signe de Babinski. L'intelligence a encore notablement baissé depuis l'entrée.

31 mars 1910. — Traitement par frictions mercurielles. Séries de huit jours.

On complète l'examen physique précédent ; on remarque que les bosses frontales sont très accusées, et que les incisives supérieures présentent une échancrure semi-lunaire du bord libre ; elles ont de plus la forme de barillet. Mais pas de torsion sur l'axe.

Avril 1911. — Ne prononce plus que quelques mots : maman Berthe, gâteau et m...., et d'une façon complètement indistincte ; elle est constamment gâteuse. La déchéance est complète. Mais la physionomie est très mobile. Crie et pleure par moments sans cause connue. Déchire tout ce qu'elle peut agripper. Marche en se dandinant, *mais se tient debout*. On est obligé de la faire manger ; ne mâche plus, a un mouvement de mâchoire comme les lapins.

Elle a eu depuis l'année dernière des frictions à plusieurs reprises, sans aucun résultat.

Elle jette tout ce qu'on lui donne ; si on ne ramasse pas l'objet, elle crie et dès qu'on lui a redonné, elle le rejette, fût-ce vingt fois de suite.

Je crois qu'il s'agit de *syphilis cérébrale héréditaire*, durant déjà depuis sept ans et ayant amené une démence complète ; c'est à la fois une arriération et une démence.

Quant à la *paralysie générale infantile* proprement dite, je renvoie aux quelques mots que j'ai dits à son sujet au chapitre P. G. (p. 439).

Le *pronostic* des deux formes est des plus sombres. Le traitement mercuriel ne réussit presque jamais dans la première et ne peut qu'être nuisible dans la seconde.

IV. — Arriération amaurotique familiale. (*Type de Sachs.*)

Il y a des idioties familiales. Parmi elles la plus intéressante et la plus importante est *l'idiotie familiale amaurotique.*

Cette idiotie a été décrite pour la première fois par Sachs en 1896. Du deuxième au huitième mois survient un arrêt du développement mental; les enfants, jusqu'alors normaux, deviennent indifférents aux excitations; les yeux vont et viennent sans se fixer ; la tête, constamment penchée sur la poitrine, ne peut être redressée volontairement; les mouvements spontanés sont tous limités. La faiblesse des extrémités augmente sans cesse et va jusqu'à se rapprocher de la diplégie, avec contracture ou avec flaccidité. Il y a disparition ou exagération des réflexes. La vision baisse de plus en plus, et, au bout d'un an ou dix-huit mois, la cécité est complète. A l'examen du fond de l'œil on constate des lésions manifestes; la fovea présente des deux côtés une teinte rouge foncée particulière (couleur vin de Sherry) entourée d'une opacité blanc grisâtre. Puis, la lésion évoluant, les papilles optiques s'atrophient, deviennent blanches et n'offrent presque plus de traces de vaisseaux. Fréquemment aussi, on observe du nystagmus, du strabisme et de « l'hyperacousie ». L'idiotie est progressive et la mort survient dans le marasme avant la sixième année. Généralement, plusieurs enfants sont atteints dans la même famille. Cette maladie s'observe presque exclusivement chez les enfants de race juive, dans les familles où existent des tares néyropathiques. La consanguinité des parents et les traumatismes dans la grossesse ont été également relevés dans les antécédents.

V. — Arriération microcéphalique.

La seule chose frappante est l'extrême petitesse du crâne par rapport à la tête, la physionomie et l'attitude simiesques, le tronc courbé en avant, les mains en avant. Le crâne est très étroit en avant, sans saillies en arrière, « acrocéphale », les oreilles sont

détachées de la tête, les yeux petits et vifs, trop rapprochés. Il y a tous les degrés de l'arriération.

L'enfant Cau..., 7 ans, que j'observe actuellement, est affectueuse, coquette et curieuse, elle ne dit que papa, bonjour, maman, très lentement et à tort et à travers. Elle gâte, bave et ne mâche pas. Elle sait prendre sa cuiller et sa timbale, mais renverse tout. Elle a fait quelques progrès depuis son entrée, car elle ne marchait pas il y a quatre ans ; elle marche et court même : elle arrive à monter des marches. — C'est une idiote.

VI. — Arriération hydrocéphalique.

C'est l'inverse, comme aspect, de la microcéphalie.

Mac... R., entrée à la Salpêtrière à l'âge de 19 mois, le 4 mars 1908.

Mère bien portante. Jamais de fausse couche.

Père bien portant. Boit un peu.

Grands-parents paternels bien portants.

Antécédents. — La grossesse fut normale. Accouchement normal.

A la naissance la mère remarque la forme allongée de la tête.

A trois semaines, la sage-femme remarque déjà que la tête est volumineuse. La mère avait amené son enfant à la sage-femme parce que l'enfant avait des convulsions (mouvements des yeux.)

L'enfant a toujours été grosse.

Etat actuel. — *7 mai 1908.* — L'enfant a 21 mois.

Crâne énorme surmontant une face de dimensions et de formes normales. Bosses frontales légèrement saillantes. Fontanelle antérieure légèrement ouverte. Fontanelle postérieure fermée.

Les os du crâne ont partout gardé leur consistance normale. L'occipital ne se laisse pas déprimer.

Les yeux sont animés de quelques mouvements de nystagmus.

La pupille gauche semble plus dilatée que la droite.

Les paupières inférieures brident le globe oculaire et l'enfant a pris l'habitude d'abaisser avec la main droite la paupière inférieure du même côté pour dégager son champ visuel.

Les pupilles réagissent normalement à la lumière.

Les oreilles sont bien formées. Le lobule n'est pas adhérent.

La racine du nez est écrasée, ce qui paraît dû au développement cranien.

L'enfant présente ses quatre incisives supérieures: deux incisives inférieures; deux prémolaires supérieures; deux prémolaires inférieures.

Le thorax est normalement conformé.

Le ventre n'est pas ballonné.

Les organes génitaux sont normaux.

Les membres supérieurs sont souvent en flexion dans une position symétrique. Un peu de raideur.

Les membres inférieurs sont légèrement contracturés en flexion.

Réflexe rotulien exagéré à gauche.

Signe de Babinski positif des deux côtés, marqué à gauche. Les orteils présentent des mouvements en éventail.

Poumons et cœur normaux. Le foie paraît normal. Rate : non palpable.

Développement intellectuel. — L'enfant est assez intelligente. Elle reconnaît les personnes qui s'occupent d'elle. Elle prononce quelques paroles. Elle dit son nom lorsqu'on le lui demande. Elle sait le nom des infirmières; dit « au revoir, » etc.

Ainsi donc, l'arriéré hydrocéphale frappe par le développement exagéré de la tête, inclinée en avant ou en arrière, bombant au-dessus de la face petite, aux traits fins, à l'expression ordinairement triste et morne. Lent dans ses mouvements, ne jouant pas, la marche lourde et traînante, quelquefois paralysé ou parésié, ayant la vue faible ou perdue, l'hydrocéphale est généralement doux, tranquille et muni de sentiments élémentaires sociaux et moraux, mais il est surtout indifférent, sans volonté; il est pris parfois d'accès de colère et son défaut ordinaire est la vanité, qui se traduit chez les filles par le bavardage et la coquetterie, et chez les garçons, par certaines prétentions. Si le type extérieur est frappant, le type intellectuel de l'hydrocéphale n'est pas très défini.

Le *traitement* est nul, à moins que l'on ne soupçonne la syphilis. La ponction lombaire répétée peut parfois retarder un peu l'évolution fatale.

VII. — Arriération myxœdémateuse (1).

La petite Tro..., âgée de 11 ans, est, parmi les myxœdémateuses de mon service, une de celles qui sont le plus typiques, bien qu'elle soit moins belle que le célèbre Pacha de Bicêtre. Rapporter son observation ne frapperait pas plus l'attention que le résumé suivant que je vais faire de cette forme si tranchée et si facilement reconnaissable, lorsque tous les caractères sont au complet et bien développés.

Tête longue, large à la base et carrée, asymétrique; protubérance occipitale offrant un développement à peu près normal. Cheveux gros, rudes, longs, bruns ou blond roux, calvitie partielle. Peau de la face et du corps glabre. Aspect trapu, ramassé, massif, lourd et épais. Tête penchée. Physionomie apathique, bestiale. Faux œdème des paupières, des joues, des oreilles. Nez

(1) Régis, *Précis*, p. 630.

épaté, creux à la racine, lèvres épaisses, bouche entr'ouverte, dentition tardive, langue très volumineuse. Yeux écartés. Pas de strabisme. Blépharite ciliaire. Oreilles parfois écartées, jaunâtres, comme œdémateuses. Mastication régulière. Pseudo-lipome des joues, des creux sus-claviculaires, etc. Cachexie pachydermique. Cou très gros et très court, pas de goître. Thorax déformé. Seins nuls ou petits. Ventre très gros et très large; hernie ombilicale, non inguinale. Organes génitaux en général atrophiés. Pas de surdité. Odorat paraissant normal. Goût normal. Vive sensibilité au froid. Température 36°, 5, 37°. Appétit médiocre. Choix des aliments. Constipation opiniâtre amenant souvent le prolapsus du rectum. Propreté, ou possibilité de l'acquérir. Sécrétions urinaires plutôt diminuées. Absence de désirs vénériens, pas d'onanisme, pudeur. Marche lourde. Mouvements très lents; possibilité d'une marche, même assez longue. Conscience des besoins. Sentiments affectifs conservés. Mémoire relativement développée; caractère généralement doux, très tranquille (le myxœdémateux ne fait pas de bruit). Vocabulaire restreint ou parole assez libre. Voix aiguë, rauque, stridente (pas toujours).

Ces arriérés ne vivent pas très vieux.

Le *traitement* consiste à suppléer, dans la mesure du possible, à l'insuffisance thyroïdienne par l'administration prudente de corps thyroïde; on obtient une amélioration relative somatique.

VIII. — Arriération mongolienne (1).

La petite Cou... M., âgée de 15 ans, que j'ai dans mon service en ce moment, est un type assez pur de ce genre d'arriérée. En lisant le résumé suivant, on aura une idée de ce qu'elle présente (2) ; elle est en outre atteinte de tuberculose qui ne tardera pas à entraîner la mort.

Signes physiques. — Yeux de la race jaune, en amande, fentes étroites, obliques en bas et en dedans. Repli cutané (« épicanthus »). Quelquefois blépharite. — Nez court, en boule, racine élargie ou aplatie ; narines ouvertes en avant. — Joues saillantes, rebondies, plaquées de rouge comme aussi le menton et le lobule du nez. — Bouche petite, arquée. Lèvres épaisses, entr'ouvertes. — Langue procidente, volumineuse, épaisse, rugueuse,

(1) Régis, *Précis*, p. 646.

(2) Certains caractères chez elle sont frustes.

fissurée. — Oreille: anomalies banales. Oreille mongolienne en toit de Konovitz et Bourneville. — Crâne « brachycéphale, » petit, rond; persistance des fontanelles et sutures, particulièrement de la suture métopique. — Voûte palatine ogivale ou haute, étroite, profonde, gouttière médiane. — Cheveux fins, souples, abondants ou secs, rudes et rares. — Dents anormales. — Cou bien formé.— Thorax souvent en carène. — Rachis quelquefois dévié; voussure. — Ventre ballonné, large; hernies ombilicales fréquentes, disparaissant par le traitement thyroïdien. — Membres petits, bien conformés. — Mains courtes, larges, épaisses; doigts trapus, boudinés, irréguliers de longueur, auriculaires souvent incurvés en dedans. — Pieds courts, larges, épais, pataud, orteils irréguliers. — Articulations d'une laxité extraordinaire. — Position en tailleur fréquente. — Muscles en hypotonie. — Système nerveux : pas de lésion apparente. — Température basse. Sensibilité au froid. — Peau fine, souple ou épaisse, rude, sèche. — Organes sexuels: évolution incomplète. — Menstrues normales. — Circulation : soufle systolique congénital fréquent. — Digestion: constipation ou diarrhée. — Respiration : végétations adénoïdes fréquentes. Bruits respiratoires anormaux. — Etat physique général : le mongolien est petit, mou, chétif, en retard; taille au-dessous de la moyenne. *Etat mental:* grande analogie avec le myxoedème, mais le mongolien est plus vif.

On ne sait à quoi attribuer cette singulière déviation du type blanc.

Le *pronostic* est grave, car le mongolien ne vit pas vieux.

Le *traitement* est nul.

DEUXIÈME SECTION

TROUBLES MENTAUX DE CAUSE INCONNUE

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

SOMMAIRE. — *Considérations générales* sur les troubles mentaux de cause inconnue. *Hérédité. Dégénérescence. Prédisposition.* Le déséquilibre mental, « *Borderland of Insanity* », Zone mitoyenne entre la raison et la folie, demi-folies, etc., passant sans transition brusque à l'état normal et à la folie confirmée. Certains types de folies paraissent aussi pouvoir apparaître sous l'influence de certaines causes. Elles seraient alors acquises. Ce ne sont peut-être que des syndromes. Impossibilité d'une classification rigoureuse.

Si dans la première section j'ai étudié les troubles mentaux liés à des troubles somatiques décelables, classifiables, dans cette deuxième section les troubles mentaux ne sont pas encore rattachables avec certitude à des affections déterminées. C'est pour un certain nombre d'entre eux que l'on a employé le terme de *troubles mentaux héréditaires, dégénératifs, constitutionnels.*

J'adopterais ces termes, s'ils ne se rattachaient pas à des théories encore mal assises. Ces termes expriment pourtant la reconnaissance de quelques *faits* incontestables : presque tous les malades de ce genre ont dans leur famille des *parents fous, tarés nerveusement* ou *intoxiqués*, ou leur *développement embryonnaire* a été *troublé* par des causes extérieures ; souvent, avant de laisser paraître les premiers symptômes de leur folie proprement dite, ils ont présenté des *anomalies mentales* diverses, anomalies qui peuvent persister seules, sans folie, chez le plus grand nombre de ces individus. J'ai déjà parlé de tout cela dans la première partie.

On s'est demandé si la présence préalable de ces anomalies ou de quelques-unes était la condition nécessaire (ou nécessaire et suffisante) de l'éclosion de la folie ou de certaines formes, et

Magnan a répondu affimativement par sa *théorie de la dégénérescence*. On s'est posé la même question pour l'*hérédité de la folie*. On a beaucoup discuté sur ce sujet et on n'a abouti à rien de précis, puisque nous ne connaissons ces folies qu'empiriquement, que cliniquement, jusqu'à présent. La plupart du temps dans les familles d'aliénés (p. 285) nous ne savons pas la cause de l'apparition de la folie ou du déséquilibre mental chez le premier membre qui a été frappé; chez le descendant tout ce qu'on peut dire c'est que la cause est une *cause passée*. Et chez un descendant d'alcoolique connaissons-nous vraiment le mécanisme complexe par laquelle ce descendant devient fou ou anormal mental? L'avenir permettra sans doute de le connaître et alors les troubles de cette section rentreront dans la première; il faut l'espérer. Je me bornerai à rappeler les faits sans en tirer de conclusions théoriques, et on verra par les observations qui vont suivre la fréquence extrême de ces faits. Au point de vue pratique de la prophylaxie de la folie, il faut agir comme si les anomalies psychiques et la folie étaient vraiment *héréditaires*, dans le sens strict du mot, comme si les anomalies prédisposaient à la folie.

Comme on le verra plus loin, la neurasthénie acquise, ou la mélancolie suite de chagrins, etc.; ne se différencient pas très bien symptomatologiquement de la neurasthénie constitutionnelle ou de la mélancolie intermittente. Je les décrirai pourtant les unes et les autres dans cette deuxième section de troubles mentaux, car les causes ne sont guère spécifiques et peut-être ne sont-elles que «*provocatrices*».

Je grouperai sous le nom de *déséquilibre mental*, qui n'implique pas une idée doctrinale, comme celui de dégénérescence, les anomalies, ces demi-folies, qui pullulent dans ce qu'on appelle le *borderland of Insanity*, la *zone mitoyenne entre la raison et la folie*, et qui, chose curieuse, représentent pour les auteurs la « folie héréditaire », la folie des « héréditaires dégénérés » bien plus que les vraies folies, puisque pour Magnan l'obsession est un « syndrome épisodique de la dégénérescence ». Je rangerai sous le nom de *folies* les troubles mentaux plus caractérisés. La ligne de démarcation entre le déséquilibre et la folie n'est pas absolument tranchée, et il y a des cas de *passage*, comme entre les folies elles-mêmes. N'y a-t-il pas aussi des déséquilibres atténués qui vont se perdre dans l'état normal? Quel est d'ailleurs l'individu qui puisse se vanter d'avoir une intégrité so-

matique ou mentale parfaite? Cependant, on peut distinguer au milieu de ces déséquilibrés, de ces névropathes variés et inclassables, un certain nombre de *types cliniques d'anomalies suffisamment nets* pour pouvoir être le sujet d'une description. On peut en dire autant pour les folies.

C'est des premiers que je m'occuperai tout d'abord, ensuite des seconds; enfin dans un dernier chapitre je donnerai à titre d'exemples la description de quelques cas que je n'ai pu classer, même dans la *classification empirique et clinique* que j'ai adoptée.

CHAPITRE II

DÉSÉQUILIBRE MENTAL (1)

Sommaire. — *Le déséquilibre mental.* — Distinction approximative au milieu de malades inclassables, névropathes divers, de certains types cliniques dont quelques-uns seront décrits ci-dessous. Rapports avec les stigmates de dégénérescence, avec les reliquats de troubles infantiles.

Ce mot assez vague, le déséquilibre mental, comme souvent on est forcé d'en employer dans la psychologie, me paraît pourtant suffisamment caractériser l'ensemble des anomalies mentales. L'équilibre normal relatif (et il faut qu'il soit relatif) de l'esprit est remplacé par un déséquilibre, conditionné par l'augmentation ou la perversion de tels ou tels éléments dans certaines limites et de certaines façons qui ne sont *pas tout à fait* celles de la folie. Comme ces éléments sont nombreux et peuvent être diversement altérés, il s'ensuit que chaque malade pourrait prendre place dans plusieurs cadres. Cependant on peut distinguer, suivant la *prédominance* de tel ou tel symptôme, un certain nombre de types cliniques approximatifs d'anomalies, *parmi* lesquelles je signalerai les suivantes:

Les tendances anormales............
- Les passions anormales;
- Les anomalies ou perversions sexuelles;
- La criminalité et la délinquence;
- La folie morale;
- La «manie raisonnante» ou raisonneuse;
- L'instabilité.

Les faussetés d'esprit.
- La fausseté d'esprit proprement dite;
- La « folie raisonnante » ou raisonneuse;
- La débilité mentale.

Les impuissances psychiques..........
- La neurasthénie et les obsessions;
- Les tics;
- Les impulsions.

L'hystérie.

(1) Magnan, *Leçons Cliniques*, 2e éd., 1893, p. 157, — Arnaud, in *Traité de Ballet*, p. 626.

La description de beaucoup de ces types est difficile, beaucoup plus que celles de véritables délirants ou fous, parce qu'il s'agit de nuances psychiques, et qu'ici, tout en visant à la rigueur, il faudrait employer des procédés littéraires plutôt que scientifiques pour arriver à tracer un tableau ressemblant de ces tournures d'esprit diverses, si peu éloignées encore de la normale. Et nous savons d'autre part combien la description des différentes sortes d'intelligences et des caractères normaux est peu avancée.

Le déséquilibre mental s'accompagne habituellement ou souvent de « *stigmates de dégénérescence* ». Je ne reviendrai pas sur ce sujet (voyez p. 263), qui pratiquement n'a pas l'importance qu'on lui a attribuée. Je crois en effet que c'est une erreur grave, qui a été commise maintes fois il y a quelques années, de conclure d'une malformation physique à une malformation psychique : comme le disait Robert Sommer, c'est une sorte de *phrénologie pathologique*, qui n'a pas plus de valeur que l'ancienne.

Mais il faut tenir compte davantage des traces de signes physiques, *reliquats d'affections infantiles*, qui probablement ont troublé plus ou moins le développement normal. Les études sur les *glandes à sécrétion interne* montrent aussi qu'il faut faire des recherches de ce côté. En un mot on doit tenter de ramener le déséquilibre et les folies dans la première section. C'est ce que l'avenir fera sans doute.

CHAPITRE III

TENDANCES ANORMALES

SOMMAIRE. — *Les passions anormales.* — Très nombreuses. Un seul exemple, très court, d'avarice et un de jalousie.

Les anomalies et perversions sexuelles. — Tableau résumé des différentes aberrations.

La criminalité. La délinquence. La folie morale. L'instabilité. La manie raisonneuse. — Exemples : un criminel ; un cambrioleur et simulateur ; un voleur, souteneur et simulateur (internements multiples) ; un simulateur ; un instable escroc un fou moral instable ; un vagabond excitable avec « manie raisonneuse », montrant la transition insensible entre le criminel semblable à ceux qu'on condamne, le déliquant et le fou moral.

Conduite de ces anormaux à l'asile.

Révolte de la sûreté de Bicêtre en 1896. Inconvénients provenant de la présence de ces déséquilibrés à l'asile. *Rapports du crime et de la folie.* Théoriquement, la distinction est insoutenable. Pratiquement, elle s'impose. Difficultés. Asile intermédiaire. *Asile-prison.*

Exposé général.

Passions anormales.

(Les passionnés.)

Tout le monde connaît ces gens qui, emportés par leurs passions, jeu, amour, jalousie, avarice, « manie » de collection, etc. pour ne citer que les plus connues, au delà des limites de la normale, font souvent le désespoir de leurs familles et nuisent à la société. Ils aboutissent rarement à l'asile, quelquefois à la prison. Ils ont en général d'autres tares. Je me bornerai à rappeler que si la passion n'est pas une chose anormale par elle-même, elle est pourtant un phénomène pathologique lorsqu'elle atteint un certain degré, ou qu'elle dévie de son but normal. Ces différentes passions anormales peuvent être isolées ou combinées chez le même déséquilibré. Je veux seulement résumer à l'appui l'observation de Léa..., déséquilibrée jalouse mais non alcoolique, ce qui montre en même temps que la jalousie n'est pas pathognomonique de l'alcoolisme.

Déséquilibre mental. — Jalousie. — Débilité mentale. — Léa... a une trentaine d'années; c'est une débile, une déséquilibrée, une simulatrice. Elle est femme de chambre chez un vieux monsieur et une vieille dame. Elle est

jalouse de la cuisinière. Quand par hasard le vieux monsieur demande quelque chose à celle-ci, Léa... fait une scène à la cuisinière, et boude son maître en lui passant les plats à table la tête tournée du côté du mur. Elle est tellement jalouse qu'elle ne cesse de faire des scènes à l'autre bonne et pourtant le vieux monsieur a toujours été d'une tenue et d'une correction irréprochables vis-à-vis de ses domestiques. Ces querelles finissant par troubler complètement le service, on décida de renvoyer Léa... tolérée par charité (à cause d'un enfant naturel qu'elle élevait). Léa... jure de se tuer si on la renvoie. La veille du jour où elle devait partir, elle s'enferme à clef dans sa chambre avec du charbon de bois. On réussit à pénétrer chez elle, le charbon était intact encore ; on la fait garder à vue par un parent appelé en toute hâte. Le lendemain elle se refuse à partir, se roule par terre, en faisant mille récriminations, si bien qu'on est obligé de la faire descendre par le concierge qui la porte dans une voiture et l'expédie chez son parent en donnant l'adresse au cocher. — Quelques jours après, les maîtres de Léa... reçoivent une longue missive de reproches, les accusant d'injustice, d'avoir fait perdre une bonne place à une malheureuse. Pendant plusieurs mois, Léa... écrivit des lettres qui atteignaient 16 pages et rabâchaient les mêmes plaintes. — Il faut ajouter que cette pauvre fille avait eu un enfant naturel d'un homme à qui elle s'était sottement livrée, celui-ci ayant demandé à vérifier si elle était vierge (!). — D'après les renseignements que j'ai eus, Léa... avait déjà manifesté antérieurement dans d'autres places son état de déséquilibre mental.

Quelques-uns de ces anormaux ont des passions, des « philies » spéciales, pour des objets, animaux (« zoophilie »), odeurs, personnes, etc., et qui peuvent acquérir une intensité extrême. Cela n'a pas grande importance pratique. Je citerai un fragment d'observation d'avarice que je dois à l'obligeance de M. André Collin, interne des hôpitaux :

Avarice. — Un groupe de messieurs qui allaient habituellement chasser sur des terres appartenant au marquis de X..., et très distantes de tout endroit habité, s'aperçurent à différentes reprises que leurs chevaux marchaient beaucoup moins bien au retour qu'au départ et que ces bêtes semblaient exténuées.

Ils en cherchèrent longtemps la cause et les cochers et palfreniers furent soupçonnés de réaliser d'illicites bénéfices sur l'avoine.

L'un des chasseurs se cacha donc dans l'écurie et put voir le marquis, riche propriétaire terrien, déguisé en mendiant, qui venait lui-même, avec un grand sac de toile dérober l'avoine des chevaux dans le plus grand secret.

On sut depuis que c'était pour nourrir à bon compte ses volailles que le grand seigneur commettait ces larcins, et une enquête sommaire sur son genre de vie apprit à tous que pour ménager les revenus de sa fortune, cependant considérable, il se contentait d'une nourriture insuffisante, se refusait tout confort et se vêtait habituellement en chemineau pour que nul ne fût tenté de lui demander quelque aumône.

Anomalies et perversions sexuelles.

J'ai déjà indiqué ces perversions au chapitre des sentiments: je n'y reviendrai que très brièvement. Ces anormaux ont ordinairement d'autres anomalies de l'esprit, et souvent aussi du corps.

Je citerai comme perversion curieuse de ce genre un malade Le L..., que j'ai vu à Bicêtre avec un délire vague, inclassable, que j'ai cru pouvoir hypothétiquement rattacher à la psychasténie, à tort, car en y réfléchissant c'était probablement un hébéphrénique. Il avouait des perversions sexuelles singulières: il s'affublait de vêtements de femme et il se masturbait en s'imaginant qu'il était une femme : « Je me mettais des oripeaux de femme et je me masturbais, dit-il, dans un demi-rêve. Je ne buvais rien ; c'était par une imagination surexcitée. » Je n'ai pu savoir à quelle occasion il avait inauguré cet exercice, d'autant plus qu'il disait avoir eu des maîtresses et n'avoir jamais eu d'idées de pédérastie.

J'ai dit que ces anomalies coexistaient souvent avec d'autres; c'est que par leur origine une partie d'entre elles, les perversions proprement dites, ont de très grands rapports avec les obsessions et les associations sensorielles congénitales, telles que l'audition colorée (voyez p. 592) ; il semble en effet que très souvent il s'agit d'une association fortuite établie dans le jeune âge, de très bonne heure souvent, qui demeure ensuite comme une obsession, liant ensemble pour toute la vie l'excitation sexuelle avec un objet, une image ou une émotion particulière. Très fréquemment le perverti a conscience de son état et lutte contre son penchant morbide comme l'obsédé, mais sans plus de succès. D'autres de ces anomalies sexuelles ont vraisemblablement un autre mécanisme, mais nous sommes bien peu avancés dans la connaissance intime de ces altérations d'une fonction capitale. Il est probable que l'imitation joue un rôle dans la diffusion de ces perversions, surtout du saphisme et de la pédérastie, très répandus, paraît-il, dans les bas-fonds des théâtres et de la littérature.

Je résume dans le tableau suivant (1) les anomalies que l'on peut rencontrer chez les déséquilibrés mentaux.

(1) Emprunté à Arnaud, in *Traité de Ballet*, p. 767. J'y ai apporté une légère modification et une addition.

Exaltation de la fonction sexuelle.	Nymphomanie (chez la femme). Satyriasis (chez l'homme). Érotisme de l'enfance. Érotisme de la ménopause. Érotisme de la vieillesse.
Amoindrissement de la fonction sexuelle.	Érotomanie. Frigidité simple, complète ou incomplète.
Aberrations et perversions proprement dites.	Exhibitionnisme. Fétichisme. Masochisme. Sadisme. Vampirisme, Nécrophilie (amour des morts). Bestialité. Amours des jeunes enfants, petits garçons ou petites filles. Inversion sexuelle (pédérastie, tribadisme). Hermaphrodisme psychique.

Dans le cas d'anomalie congénitale on tentera la rééducation normale sans oublier que les porteurs de ces tares ne doivent pas s'exposer à faire des enfants, qui seraient vraisemblablement des névropathes ou même pis.

Criminalité, délinquence. Folie morale. Manie raisonneuse (raisonnante). Instabilité.

(Les criminels, les fous moraux).

C'est un sujet très important au point de vue social, psychologique et médico-légal, mais encore très obscur, parce qu'il s'agit de sentiments qu'il est difficile d'étudier. On s'étonnera peut-être que je parle des criminels, qui, d'après le Code, sont différents des fous (1). D'abord on est exposé à rencontrer des criminels dans les asiles, et ensuite il m'est impossible de trouver une différence entre ceux-ci et les fous, bien qu'à mon avis il y ait des

(1) En réalité, le Code fait entre le fou et le criminel une différence *pratique* et non métaphysique, puisqu'il n'est pas parlé, sauf dans un titre de chapitre, de la « responsabilité ».

traitements différents à leur appliquer. Mais voyons d'abord quelques observations.

Criminalité. — Deux tentatives d'assassinat. — Incendie volontaire. — H..., valet de chambre, entré à Bicêtre le 15 novembre 1892, à l'âge de 48 ans.

Les *renseignements* sur le passé du malade sont très peu sûrs et je ne sais rien de précis sur sa famille. H... est illettré et a subi de 1889 à 1892 cinq internements pour alcoolisme. Deux jours après sa sortie de Ville-Evrard en 1892, il tue sa femme et est, pour ce fait, interné à Bicêtre comme alcoolique persécuté. Les différents entretiens que j'ai eus avec lui depuis que j'avais pris la direction du service, m'ont démontré qu'il s'agissait purement et simplement d'un criminel, chez lequel d'ailleurs l'alcool pouvait jouer un rôle d'excitant. mais qui n'avait pas besoin de cela pour commettre des crimes, car il a, dans le service (le 6 décembre 1897), tenté d'assassiner mon prédécesseur le docteur C... et plus tard, le 20 juin 1904, il a mis le feu à la Sûreté pour se venger de sa séquestration et attirer en même temps l'attention sur sa situation. On pourra bien apprécier l'état mental de H... par la connaissance du fait suivant raconté par lui-même : pendant la campagne de 1870, étant soldat. il eut une discussion avec son capitaine, parce qu'il trouvait extraordinaire de crever de faim pendant que les Prussiens avaient tout en abondance. Il demanda à être placé en sentinelle perdue. Il vécut alors sur le pays, proposant d'acheter mais ne payant jamais : il trouvait et trouve encore maintenant cette façon de faire toute naturelle. Puis le récit suivant montre bien comment H... envisage les trois crimes qu'il a commis :

26 mars 1906. — « Que va-t-on faire de moi, monsieur? Voici près de 15 ans que je suis ici, avec les fous, bien qu'on sache que je ne suis pas aliéné. Qu'on me mette en prison, qu'on m'exile, qu'on m'envoie dans une colonie avec les sauvages, mais qu'on me sorte d'ici. Si je pouvais travailler, je m'ennuirais moins, mais rester à rien faire!... entendre toute la nuit hurler les malades de chaque côté de ma cellule! Non, voyez vous, ce n'est pas une vie, et j'en finirai de façon ou d'autre!

« Qu'ai-je fait en somme? J'ai tué ma femme! Je ne le regrette pas. Elle le méritait, car on ne se moque pas d'un homme comme elle l'a fait. Du reste son oncle lui a dit devant moi : « Si tu étais ma femme, cela ne se passerait pas comme cela! Tu as de la chance d'avoir un mari comme Pierre, mais ne t'y fie pas! »

« Ma femme était une coquine, elle me trompait effrontément, j'en ai eu des preuves; elle m'avait fait interner à Ville-Evrard pour se débarrasser de moi et être plus libre.

« Un dimanche, elle vint me voir à Ville-Evrard, après m'avoir annoncé deux jours avant dans une lettre que mon père était mort au pays, mais elle ne m'en parla pas, pas un mot au cours de sa visite, et comme elle s'étonnait de ma tristesse et me demandait pourquoi j'avais l'air soucieux, je lui répondis : « que je regardais les blés mûrir! » — A ce moment, je l'aurais giflée, Monsieur! — Elle ne me parlait pas de la mort de mon père! Elle s'étonnait de ma tristesse! Il ne lui était donc rien, cet homme, puisqu'elle venait en riant me raconter un tas d'histoires, sur l'un et sur l'autre!....

« Lorsque je fus sorti de Ville-Evrard et rentré chez moi, elle continua à sortir s'en plus s'inquiéter de moi; c'est alors que, le lendemain, elle rentra à 11 h. 1/2 du soir. Je savais d'ou elle venait, malgré cela je le lui demandai. Elle me répondit que cela ne me regardait pas, qu'elle n'avait pas de compte à rendre à un fou!

« Je la pris alors d'un bras sur les épaules et la pressai fortement sur moi, puis de la main droite je retirai mon couteau de ma poche et le lui enfonça violemment dans le ventre, en lui disant : « Puisque tu n'as pas de « comptes à me rendre, tu n'en rendras plus à personne!»

« Ma femme s'affaissa sur le carreau, mais je n'y prêtai pas attention. Je mis le couteau de poche dont je venais de me servir sur la table et j'attendis la police. Lorsque le commissaire vint avec six ou sept agents, ces derniers se précipitèrent sur moi pour m'emmener au poste, mais je les écartai et dis au commissaire : « Que personne ne me touche, je sais ce que j'ai fait et ne chercherai pas à fuir. Faites retirer votre monde, et je vous suivrai. » Ma femme était par terre à quelques pas de moi; le commissaire voulait lui donner des soins, lorsque je lui dis: «Laissez-la donc, cette charogne-là, elle n'a que ce qu'elle mérite! »

« Je passai devant M.., chargé d'instruire mon affaire. Je comptais passer en jugement et subir la peine que j'avais méritée, mais, pendant six mois que je séjournai à Mazas, je ne le vis que très rarement et le petit surveillant de Mazas, qui est habitué à ces sortes d'affaires me disait : Cela ne présage rien de bon, H..., il faudrait mieux que vous passiez en jugement, vous ne savez pas ce qui vous attend! Vous avez eu la langue trop longue, voyez-vous, il ne faut pas dévoiler les turpitudes des grandes dames, chez lesquelles vous avez servi! M. X... me promettait toujours que mon affaire s'arrangerait au mieux et je le croyais!

« Lorsque je vins à Bicêtre, je compris mon erreur. M. C..., dans le service duquel je fus placé, me reçut très mal ; chaque fois qu'il passait sa visite, il commandait qu'on me mît en cellule (cela dura près d'un an). Comme je lui demandais constamment ma sortie, il me répondait que c'était lui qui me tenait ici et que je ne sortirais jamais. Vers le commencement de décembre 1897, je lui avais comme d'habitude demandé ma sortie et sa réponse fut la même que précédemment. C'est alors que je lui dis : « Puisque c'est vous et le Directeur, qui me maintenez ici, l'un de vous deux y passera! » Le 6 décembre 97, j'allai prendre un café à la cantine, me disant que peut-être ce serait le dernier que je prendrais à Bicêtre, puis, je me postai sous la voûte de l'infirmerie générale pour attendre le passage de M. C..., bien décidé à l'assommer, dès qu'il passerait à portée de ma main, avec deux poids de deux livres que j'avais pris à l'épluchage, où j'étais employé.

« Je le vis arriver, en fumant son cigare; il descendit le trottoir un peu avant d'arriver à ma hauteur, je le rejoignis vivement au milieu de la chaussée, et lui assénai un coup de mon poids sur l'épaule. Il tourna sur lui-même et tomba à terre, son chapeau d'un côté, son cigare de l'autre. C'est alors qu'un employé qui passait (M. P...) me prit le bras pour m'empêcher de frapper de nouveau, mais je n'en avais pas l'intention, autrement il en aurait fallu un autre que lui pour m'en empêcher! Je fus alors conduit à la Sûreté, où je restai jusqu'au moment que vous savez. Si j'ai mis le feu ce n'était pas

pour faire du mal! Je cherchais ce que je pourrais bien faire pour attirer l'attention sur moi et me tirer de l'oubli.

« Je suis un honnête homme, Monsieur, et tout ce que j'ai fait je ne le regrette pas, mais je me rends bien compte que ma situation actuelle est difficile. On ne veut ni m'envoyer en prison, ni me mettre dans une maison où je pourrais travailler. Si je savais écrire, je ferais des demandes mais je suis un ignorant. Il faudrait que la Préfecture de Police et le Parquet s'arrangent ensemble pour me donner satisfaction. »

Au début de son entrée il avait été considéré quelque temps comme un persécuteur raisonnant puis de nouveau, par mon prédécesseur immédiat, le docteur Féré, après la tentative contre le docteur C.... J'avoue que je n'ai jamais cru pouvoir le ranger dans cette catégorie : il ne faut pas oublier en effet que H... ne sait ni lire ni écrire et n'a qu'une instruction générale rudimentaire. Il n'est donc pas étonnant qu'avec son égoïsme absolu, son absence totale de sens moral, il ne juge pas des choses comme tout le monde, sans être pour cela un esprit faux comme le persécuté persécuteur. C'est seulement un individu qui, violent, se laisse emporter par les sentiments de haine et de vengeance qui n'ont chez lui aucun contrepoids. Et il a beau soutenir son point de vue avec âpreté, il ressemble bien plutôt à un Corse qui se livre à la vendetta et qui la trouve tout à fait normale. (1)

Il faisait d'ailleurs cette réflexion fort juste, en demandant qu'on le mît en prison (demande prouvant son ignorance des lois), qu'ici il ne savait pas quand il sortirait, tandis qu'en prison il en avait pour un temps déterminé. Il demandait aussi à travailler, disant qu'il s'ennuyait. Depuis longtemps et tout le temps qu'il est resté dans le service, il était parfaitement correct, tranquille, et n'a jamais manifesté aucun autre déséquilibre mental, aucune idée délirante, aucun trouble de la conduite, rien que cette lacune énorme des sentiments. Il a fini par passer aux vieillards de l'hospice le 11 septembre 1910 et depuis ce moment jusqu'à ce jour (1er avril 1911) il n'a rien manifesté d'anormal.

Je ne vois pas du tout en quoi un individu de ce genre diffère

(1) J'ai vu autrefois à Bicêtre un Corse, Ma... R., qui avait tiré sur la voiture d'un homme politique, et qui avait été considéré comme persécuté. Je l'ai examiné longuement plusieurs fois et j'avais acquis la conviction que ce n'était nullement un persécuté, mais seulement un *Corse* qui avait voulu attirer l'attention sur lui, un individu qui avait, lui aussi, des sentiments spéciaux d'origine sociale en matière de meurtre. Il avait fini par être admis aux vieillards de Bicêtre et n'a plus jamais manifesté ses sentiments autrement qu'en paroles.

des criminels, que l'on reconnaît « responsables », et que l'on envoie à l'échafaud ou au bagne. Ils ont en commun l'absence de sens moral, altruiste, comme on voudra l'appeler; et si H... a peu d'instruction, il pourrait tout au moins sentir l'odieux de tuer quelqu'un par pure vengeance, ce qu'il ne sent pas plus qu'un criminel ou qu'un «Apache» qui joue du couteau pour se venger de la police.

Délinquence. — Cambriolages multiples. — Simulation. — Multiples entrées dans les asiles. — T..., âgé de 36 ans, entré à Bicêtre le 23 août 1907.

Cet individu, qui ne vit que de cambriolages, qui a été souteneur, mais qui, je crois, n'a jamais commis d'actes de violence, a oscillé depuis des années entre la prison et l'asile. Il a quinze internements dans les asiles de la Seine et encore plus de condamnations. Ces internements s'expliquent par l'art avec lequel il simule l'épilepsie, l'alcoolisme, etc, soit pour échapper à la prison, soit que, se trouvant sans ressources, il profite de ses talents de simulateur pour se faire admettre quelque temps à l'asile : c'est toujours cela de gagné, pense-t-il. De plus enfin les avocats utilisent ces nombreuses entrées et obtiennent des non-lieu des magistrats qui ont des doutes sur son état mental. C'est ainsi qu'il est interné de nouveau à Bicêtre malgré un rapport médico-légal constatant que l'état de T... était tel qu'*aucun médecin aliéniste ne le garderait dans un asile s'il y était renvoyé*. T... avait commis un cambriolage dans toutes les règles de l'art. J'avais déjà eu l'occasion d'examiner deux fois antérieurement ce cambrioleur de profession et de le déclarer justiciable de la prison. Aussi cette fois encore je proposai sa sortie. Mais avant de rapporter le dernier certificat que je rédigeai sur lui, je résumerai en peu de mots, d'après T... lui-même, cette vie de méfaits et de cambriolages, qui aurait dû le faire reléguer définitivement.

4 avril 1908 — Déclarations du malade.

Né à Paris le 27 février 1871; de 10 à 12 ans. mis en pension à l'institution X... à G... ; ses parents payaient 60 francs par mois.

De 12 à 14 ans, va à l'école communale Boulevard A...,

A 14 ans, méningite.

Faisait le plus souvent l'école buissonnière; volait aux étalages, avec des vauriens de son espèce.

Son père, employé à ... est mort en 1893 de congestion cérébrale.

Le malade aurait eu cinq frères et sœurs.

L'aînée, âgée de 41 ans, actuellement en Algérie.

Le second, le malade.

Le troisième, âgé de 23 ans, employé de chemin de fer.

La quatrième, une fille, âgée de 21 ans, institutrice.

La cinquième, une fille, morte à huit mois de convulsions.

De 15 à 18 ans, reste en Auvergne, chez ses parents.

A 18 ans, s'engage pour cinq ans, dans les chasseurs à pied.

Au bout de six mois de service, passe au Conseil, avec un de ses camarades, pour nombreux vols dans les bureaux de tabac.

Simule l'épilepsie, est acquitté et réformé n° 2, alors que son complice est condamné à cinq ans de prison.

A 21 ans, tire au sort et aurait (malgré sa réforme) été versé dans un régiment d'infanterie de marine.

Après quelques mois de service, laisse tomber son fusil pendant la manœuvre et simule une crise d'épilepsie.

Mis à l'asile de Pont-l'Abbé, il s'en évade et rentre à son corps, où on le réforme de nouveau.

En quittant le régiment, fait la connaissance d'une prostituée espagnole qui, de concert avec lui, entôle un Russe.

Passe en correctionnelle le 23 novembre 1894, et est condamné à treize mois de prison, cinq ans d'interdiction pour vagabondage spécial; purge sa peine à Gaillon (Eure).

A sa sortie de prison il reste six mois en liberté, vivant de vols, de cambriolages et de la prostitution de sa maîtresse.

Arrêté de nouveau pour un cambriolage boulevard A... et pour avoir tiré sur un sergent de ville, trois experts commis pour l'examiner, le déclarèrent responsable. Condamné à deux ans qu'il purge à Poissy.

Avant cette dernière affaire, avait été interné sept fois volontairement ou d'office, à Bicêtre et à Villejuif.

Le *23 février 1903*, condamné à trois ans de prison pour vol de la caisse d'un brocanteur (1200 fr.).

Relégable (mais cette peine ne fut pas mise à exécution).

Le *23 novembre 1904*, nouvelle condamnation à 4 mois par la Chambre correctionnelle, pour vol chez un boulanger, par escalade, en pénétrant dans le logement par le toit ; il se serait emparé d'une somme de 1500 francs qu'il aurait cachés dans la doublure de ses chaussures.

Envoyé au Dépôt de relégation d'Angoulême, passe devant une commission de médecins qui le déclarent inapte à la relégation, revient au Dépôt à Paris et est gracié par le ministre de l'Intérieur le 7 janvier 1905, puis remis en liberté (1).

Le 11 novembre 1906, arrêté pour vol d'une valise appartenant à un Russe, avenue de l'Opéra, Hôtel de... ;condamné à six mois de prison le 23 novembre par une chambre correctionnelle, après avoir été examiné par des experts. Fait appel de ce dernier jugement, dit aux experts commis par le Parquet pour faire un rapport sur son état mental, qu'on veut l'assassiner, qu'il y a des gens qui le poursuivent dans sa cellule, etc. Malgré ce simulacre d'idées de persécution, les médecins experts déclarent que s'il était envoyé dans unasile, aucun médecin ne le garderait. MM. X... et X..., ses avocats, ayant fait valoir qu'il y avait des rapports contradictoires et que l'inculpé devait bénéficier de ces désaccords, le tribunal jugea que la majorité des médecins l'ayant reconnu responsable, il devait être considéré comme non aliéné, mais après les conclusions de l'avocat, qni fit valoir les nombreux internements antérieurs du malade, les juges le firent bénéficier d'un non lieu.

Il y a lieu que de n'accepter que sous réserves les récits du malade, qui passe continuellement d'un fait récent à un fait ancien, et embrouille son récit comme à plaisir.

(1) A simulé l'épilepsie, d'après mes renseignements.

Au cours de ses déclarations, le malade affirma n'avoir jamais fait partie d'une bande; il opérait le plus souvent seul; parfois, mais rarement, il s'adjoignait sa maîtresse.

Pour achever de donner une idée du caractère de ce malfaiteur, il faut aussi rapporter la façon dont il raconte son dernier exploit, se vantant d'avoir volé 800 000 francs et 100 000 francs de bijoux, ce qui est plus que douteux. En dernier lieu, en effet, le malade aurait été travailler chez un fabricant d'automobiles et de coffres-forts et aurait surpris la combinaison de lettres de différents coffres. Cette connaissance lui servit lorsqu'il vint cambrioler un appartement chez une personne à qui on avait récemment livré un coffre. Le malade serait monté directement à l'appartement de cette personne, alors à la campagne, aurait coupé avec des cisailles le contact électrique pour empêcher la sonnerie, et, après avoir forcé la porte à l'aide d'une pince-monseigneur, aurait pénétré dans le domicile, où il se serait emparé du contenu du coffre, soit 800 000 francs en billets de banque et 100 000 francs de bijoux.

Ces valeurs auraient été remises par le malade dans le coffre-fort de sa mère qui les détiendrait encore actuellement (?).

Arrêté peu après et mis en présence de son patron, le malade nia. Le patron lui-même l'aurait déclaré incapable d'avoir commis ce vol, et aurait au contraire accusé un de ses ouvriers qui avait posé le coffre-fort du volé. Cet ouvrier serait maintenant sous les verroux et son affaire serait en instruction.

Le malade semble tirer vanité de ces méfaits; il les vante complaisamment en parlant avec volubilité et semble heureux de conter ses bons coups.

Il ponctue son récit d'une mimique expressive, clignant de l'œil gauche d'un air roublard ; mais lorsqu'on s'étonne de l'invraisemblance de la somme volée (800 000 frs.), il devient affirmatif et propose d'en faire vérifier l'exactitude. Il attend avec impatience son arrêté de sortie qui, dit-il, ne tardera pas à être signé.

Un autre jour aussi, à l'examen dans mon cabinet, il se moqua de moi de la façon suivante :

30 mars 1908. — Ce matin, à la visite, je lui fis lire un fait divers. T... en dénatura les termes et improvisant, lut, au lieu de « la mort d'un fumiste », « La mort d'un honnête homme », et continua sa lecture de cette façon improvisée jusqu'à la fin de l'entrefilet.

Interrogé à ce sujet par M. Mallet, interne du service, le malade répondit qu'il avait agi ainsi « pour se payer la tête des médecins ».

Après avoir demandé à maintes reprises la sortie de T..., maintenu en désespoir de cause parce qu'on ne sait plus quoi faire de lui, je finis par obtenir sa sortie avec le certificat suivant qui résume l'état mental de cet individu peu recommandable :

« N'est pas à sa place dans un asile d'aliénés. Je le connais depuis longtemps, car il est entré à Bicêtre pour de très brefs séjours. Le 3 mars 1894 et le 18 septembre 1897, j'avais déjà exprimé cette opinion que partagent de nombreux collègues et experts. — Lorsqu'il est rentré le 22 août 1907, j'ai été surpris de le recevoir, d'autant plus que dans le plus récent rapport médico-légal sur son compte, les experts disaient catégoriquement : « Si on l'envoyait dans un asile d'aliénés, on ne l'y garderait pas ». Mais sans revenir sur le passé, voici ce que j'ai pu constater. T..., au début, mis comme tous les entrants

en observation à l'infirmerie, a commencé par y exercer ses talents de voleur et de gredin; il a fait disparaître plusieurs porte-monnaie et s'est mis à tourmenter les malades inoffensifs. Ce que voyant, T..., étant maintenu, malgré mes certificats immédiat et de quinzaine (suivis de maints autres) concluant à sa sortie, je l'ai fait passer au quartier des agités et dangereux. Là, il avait recommencé, mais quelques malades peu endurants lui ont signifié de se tenir tranquille, et T..., très poltron, a renoncé à « travailler », comme il dit, de son métier et a réclamé constamment sa sortie. Il est difficile de lui faire raconter sa vie, car il très sujet à caution, menteur, hâbleur, vantard; cependant il avoue qu'il a maintes fois simulé la folie, l'épilepsie, l'hystérie, et il se déclare hautement responsable (puisqu'il est à l'asile!) et décrit en détail ses vols, cambriolages et hauts faits. Dans tout cela, pas l'ombre de délire. T... ne délire pas. Il fait preuve seulement du cynisme le plus effronté, de l'absence la plus complète de sens moral, se plaisant à « se payer la tête » des gens, comme il dit. Il est, d'ailleurs, peu instruit, mais il connaît à fond beaucoup de prisons, presque tous les asiles de la Seine, et toutes les « ficelles » des habitués de ces lieux. — Peut-on vraiment dire que c'est un aliéné? Evidemment sa conduite diffère singulièrement de celle des honnêtes gens et paraît absurde, si on se place au point de vue raisonnable. Mais elle est celle des hôtes ordinaires des prisons, et elle n'est pas plus absurde, elle est moins absurde que celle des nombreux voleurs, cambrioleurs, apaches, récidivistes, qui n'ont pas eu la malice de se faire passer pour fous, qui n'ont pas su se faire interner et qu'on a mis tout simplement là où ils devaient être et ne désiraient pas aller. — Je conclus comme j'ai commencé : T... n'est pas à sa place dans un asile d'aliénés. »

Délinquence. — Vols, vagabondage spécial, simulation. — Multiples entrées dans les asiles. — Som..., âgé de 37 ans, entrée à Bicêtre le 6 mai 1908, sorti le 27 mai.

S... est un voleur et un souteneur du même genre que T..., et qui était déjà connu à Bicêtre pour ce qu'il valait. Cette fois-ci il a simulé l'épilepsie pour obtenir une ordonnance de non-lieu. Voici ce qu'il dit lui-même de sa vie :

Enfant assisté, il n'a jamais connu ses parents. Mis à l'orphelinat de... il se sauve continuellement pour faire l'école buissonnière. A 13 ans il est placé dans une ferme ; il commet un cambriolage.

Mis en maison de correction à Nantes, en 1886, pour vols nombreux (avait 15 ans).

Transféré à Vaucluse en 1887, s'en évade. Interné à Bicêtre (la première fois) aux enfants, du 14 avril au 20 juin 1888. Transféré à l'asile de Clermont (Oise) d'où il s'évade.

Deuxième internement à Bicêtre du 28 avril au 11 juin 1890 (arrêté pour vagabondage). Transféré à Clermont d'où il s'évade de nouveau, le 15 novembre 1894.

Troisième internement à Bicêtre du 15 décembre 1894 au 22 février 1895. Transféré à Clermont.

Quatrième internement à Bicêtre du 14 septembre au 14 décembre 1895 (s'est rendu au poste, déclarant s'être évadé de Clermont, sans domicile). Transféré à Clermont.

Cinquième internement à Bicêtre du 12 au 28 décembre 1896, évadé de Clermont dans les premiers jours de décembre 1896. Transféré à Clermont.

Sixième internement à Bicêtre du 25 juillet 1906 au 5 septembre 1906. Evadé du jardin maraîcher de Bicêtre où il travaillait (avait été arrêté pour vol. — Non-lieu. Rapport de M. X..., qui le déclare irresponsable. Le rapport constate qu'il s'est évadé dix-neuf fois de Clermont.).

Septième et dernière entrée le 6 mai 1908 (vagabondage spécial. Non-lieu. Rapport de M. X...).

Le malade prétend n'avoir subi que deux condamnations effectives; la première lorsqu'il fut mis en maison de correction en 1886, la seconde, en 1907, condamné à quinze jours de prison pour cambriolage, coups et blessures.

Dans l'intervalle de ses internements il travaillait comme couvreur. Il aurait appris son métier en s'occupant d'abord comme aide, et serait devenu compagnon par la pratique.

Du 28 décembre 1896 au 25 juillet 1906, pendant près de dix ans, le malade aurait vécu de son travail, auquel venaient s'adjoindre les ressources que lui donnait sa maîtresse, qui se prostituait, mais il n'aurait jamais eu de démêlés avec la justice pendant cette période.

En juillet 1606 il fut arrêté pour vol; il aurait cambriolé un logement et se serait emparé de l'argent qui s'y trouvait.

A la suite de cette affaire il fut, sur rapport médico-légal, déclaré « trop irresponsable pour être puni, trop dangereux pour être mis en liberté », et réinterné à Bicêtre le 25 juillet 1906, d'où il s'évade.

En ce qui concerne son internement actuel, le malade dit qu'il ne faisait aucun mal au dehors, mais que des agents de la Sûreté lui ayant vu recevoir de l'argent d'une fille publique « qui travaillait au Sébasto », il fut arrêté.

L'expert commis pour l'examiner lui aurait dit qu'il était hystérique et épileptique et qu'il fallait l'interner. Le malade dit préférer la prison à l'asile, car il ne sait quand il sortira d'ici !

Cette dernière assertion est fausse, puisque c'est de propos délibéré qu'il s'est fait interner pour échapper à la prison. J'ai demandé immédiatement sa sortie qui n'a pas tardé.

Délinquence. — Simulation d' « exhibition » des organes génitaux. — Ros..., garçon d'hôtel, âgé de 31 ans, entré à Bicêtre le 29 mars 1909.

Cet individu est extrêmement réticent sur les faits qui ont motivé son entrée. « Vous avez mon dossier », dit-il, quand on l'interroge. Il a montré ses organes génitaux dans la rue à une femme, et même se serait masturbé devant elle, d'après le rapport médico-légal qui le déclare atteint d'impulsion maladive irrésistible. Il avoue pourtant avoir été en prison trois fois, huit mois d'abord, puis six mois, enfin un an pour des faits analogues. D'après son dossier, il a été aussi placé dans plusieurs asiles où il n'est jamais resté bien longtemps ; il a simulé la folie étant à la prison de Fresnes, et enfin dans un des derniers séjours qu'il a faits dans les asiles, il est expressément noté que Ros... a accompli intentionnellement des actes répréhensibles d'exhibitionnisme dans le but de se faire interner. Cette fois-ci encore il en est de même : il dit en effet assez naïvement que ce n'est que lorsqu'il n'a pas de travail qu'il est excité par la vue des femmes dans la rue et qu'il « est obligé de porter la main sur lui-même ».

Interrogé sur ce qui s'est passé avenue G.... où il a été arrêté, il élude toutes les réponses sur ce qu'il a ressenti et sourit lorsqu'on lui dit qu'on n'est pas dupe de sa comédie. En somme il est possible que Ros... ait eu autrefois des impulsions à l'exhibition de ses organes génitaux, mais actuellement il se sert de ce procédé pour se faire interner quand il n'a pas d'ouvrage.

Ces cas sont assez fréquents. Un des plus célèbres, connu de tous les aliénistes de la Seine, est celui de Gr... dont les internements ne se comptent plus. Cet individu simulait merveilleusement l'épilepsie, entre autres affections. J'ai encore eu l'occasion de le voir arriver à Bicêtre en 1907, par placement volontaire. Dès son arrivée je lui signifiai que je le mettais à la porte et qu'il eût soin de ne plus jamais revenir, parce que j'étais résolu à le faire sortir immédiatement chaque fois. Il se mit en colère et dit : « Faut-il être v..... tout de même pour ne pas me garder ! »

Il y a aussi un autre genre de simulateurs dont j'ai vu plusieurs exemplaires à Bicêtre ; ce sont des militaires, anciens « apaches », qui, sous les drapeaux, ont commis des méfaits et qui simulent pour échapper aux compagnies de discipline.

Instabilité mentale. — Escroquerie. — B.., Ad. était un garçon d'une trentaine d'années environ, que j'ai reçu il y a déjà longtemps à Bicêtre où il avait fini par être enfermé. Appartenant à une famille connue dans la littérature et les arts, il avait reçu une bonne éducation, ou plutôt on avait tenté de lui en donner une ; je crois bien me rappeler qu'au lycée il avait déjà fait le désespoir de sa famille et qu'il n'avait pu passer son baccalauréat. Il avait fait de nombreuses frasques dont il se vantait ; il prétendait avoir déserté du service militaire et s'être réengagé ensuite sous un faux nom. Il avait été déjà enfermé dans une maison de santé privée. Cette fois-ci il avait escroqué une bicyclette à propos de laquelle il racontait une histoire invraisemblable : une femme du monde se serait trouvée compromise s'il ne s'était pas fait arrêter. J'ai à peine besoin de dire que cette histoire provenait tout entière de sa fertile imagination. Cet individu vivait d'expédients et d'escroqueries ; il avait fait plusieurs métiers et en dernier lieu il aurait été clerc de notaire. Mais ce qu'il y avait de plus frappant chez ce détraqué, c'était son cynisme ; si je ne me souviens plus très exactement des détails de ses méfaits, je me rappelle encore le ton avantageux avec lequel il me disait : « Monsieur le docteur, mettez-moi dehors, eh bien ! je me fais fort d'être ce soir sur le boulevard Saint-Michel en redingote, tuyau de poêle et bottines vernies ! » Cet individu se targuait de connaissances littéraires ; il se vantait de composer des vers et il me remit un sonnet signé de son nom de guerre, A... de Ghé.... Ce sonnet fit une grande impression par son « haut scepticisme » sur un lecteur peu au courant de la littérature, bien que fabricant de romans-feuilletons, à qui l'auteur avait bien voulu aussi l'envoyer. Mais je doute que ce sonnet fût de B...

Ce déséquilibré, qui était malgré tout intelligent, avait non seulement une conduite déréglée, instable, mais aussi une absence

absolue de sens moral, appelée par quelques-uns *idiotie morale*, anesthésie morale, qui l'empêchait d'éprouver aucun sentiment altruiste ou social quelconque, malgré l'éducation et l'instruction régulières qu'il avait reçues de sa famille et du lycée.

D'autres présentent des variétés de cet état : ce sont des gens méchants qui, enfants, se complaisent à torturer les animaux ou les enfants plus faibles; adultes, à frapper leurs parents quand ceux-ci leur font des représentations ou leur refusent de l'argent, qui calomnient, mentent, font mille tours pendables à leurs proches ou à leurs compagnons et, suivant leur situation sociale, finissent par voler, escroquer ou vagabonder, oscillant entre l'asile et la prison. Chez eux c'est la méchanceté pour la méchanceté qui prédomine, ou le mensonge pour le mensonge, etc. En voici un exemple résumé.

Folie morale. — Tic. — Paresse. — Instabilité. — Violences. Accès d'excitation. — Mon.., 20 ans, relieur, entré à Bicêtre le 18 septembre 1908. — Il est très asymétrique; il a un tic grimaçant de la face, il se tient mal; il a des cicatrices nombreuses de ganglions tuberculeux du cou; il porte des tatouages. Il sait parfaitement lire et écrire. Il a appris jusqu'à 15 ans le métier de relieur qu'il pourrait exercer mais qu'il ne pratique pas. Il présente une intelligence en apparence normale, mais c'est un vaurien et un instable, un paresseux qui se fait nourrir par sa mère, sans aucune vergogne, et qui plus est, la frappe et la malmène. Il a été condamné l'année dernière à six mois de prison avec sursis (malheureusement !) pour violences envers sa mère, à qui il voulait donner des coups de couteau. Il se grise volontiers et commet des extravagances. L'internement a été motivé par ce fait qu'il dansait pieds nus dans sa chambre, avec son chapeau, muni de grelots, sur la tête; il avait encore voulu battre sa mère et la « piquer légèrement avec son couteau » (*sic*). Il a des relations suspectes avec un modèle homme qui se promènerait tout nu chez des voisins. — Une fois à Bicêtre il se calme très paresseux, il se refuse à tout travail et passe son temps vautré dans la cour au soleil ou sur les bancs du chauffoir. Puis de temps en temps il présente quelques accès d'agitation et d'excitation. — La mère raconte que son mari était un grand buveur et un grand joueur aux courses, d'avec lequel elle a divorcé il y a quatorze ans. Il paraît que cet homme est mort il y a sept ans.

Étant resté plusieurs mois sans rien présenter et mis en liberté le 8 octobre (avec prévision de récidive d'extravagances), Mon... rentre le 8 février 1910 après de nouvelles scènes d'ivresse et de violences contre sa mère; il aurait même eu des hallucinations, des idées de persécution sous l'influence de la boisson.

Cet individu, très déséquilibré, véritable « fou moral », devrait être mis définitivement dans l'impuissance de nuire, mais il est difficile de décider si c'est de l'asile ou de la prison qu'il relève;

ce serait peut-être plutôt d'un *établissement intermédiaire*.

Je rappelle le cas de Marc... (p. 109) qui, très instable, tient difficilement dans ses places de bonne à tout faire et ne se plaît qu'à des mensonges inouïs sur ses parents, puisqu'elle prétendait que son père avait voulu la violer : c'est un autre genre de *folie morale* où prédomine surtout une tendance à nuire, souvent stupidement, par des « cancans », des *mensonges*, des racontars, ou même à mentir pour le plaisir de mentir, ce qui se rencontre souvent chez les femmes. Ceux qui ont le malheur d'être accusés des pires méfaits par ces femmes ont parfois beaucoup de peine à se tirer d'affaire. Nombre de médecins sont victimes d'accusations de viol, par exemple, qui ne sont nullement justifiées. Une élève indisciplinée, instable, vicieuse sous tous les rapports, de l'école de Réforme de la Salpêtrière, alors que j'en étais le médecin, prétendait devant ses camarades que je m'étais livré sur elle à des attouchements obscènes : or jamais je n'avais vu cette élève qu'en présence de plusieurs surveillantes et je n'avais pas même examiné ses organes génitaux. Une autre, également indisciplinée, voleuse, coureuse, etc., qui mentait à peu près chaque fois qu'elle ouvrait la bouche, racontait à ses compagnes qu'un élève du service lançait des œillades à une infirmière et avait embrassé celle-ci entre deux portes. Deux assertions fausses et la deuxième impossible matériellement. Il va sans dire que cette habitude du mensonge peut coexister avec d'autres manifestations plus graves encore de folie morale.

Manie raisonneuse. — Vagabondage. — Excitabilité et agitation volontaire. — Récriminations. — Accès d'excitation réels légers. — Débilité mentale. — Pai..., relieur, entré à Bicêtre pour la première fois à l'âge de 41 ans, le 16 décembre 1897, sorti le 17 juin 1899. — Rentré le 5 mars 1904. sorti le 22 novembre 1904. — Rentré le 10 avril 1906, sorti le 27 avril de la même année. — Enfin, rentré le 7 août 1906 et sorti le 5 septembre 1906.

A chacun de ses internements il était entré en collision avec la police, car il insulte facilement les sergents de ville. Bien que les renseignements qu'il fournit sur lui-même soient sujets à caution, on peut admettre sans peine qu'il a vagabondé un peu partout depuis l'année 1887 où il a cessé de travailler: Il a été admis plusieurs fois à Nanterre, il a été condamné à la prison, enfin il est entré de nombreuses fois dans des asiles autres que Bicêtre. Dans cet hospice il est entré d'abord dans le service de M. Séglas, qui le considère comme « un déséquilibré raisonnant, avec bouffées éphémères d'excitation intellectuelle simple, sans réactions motrices, et provoquées en grande partie par la misère ». Déjà cet anormal avait fait volontairement du tapage nuit et jour

pour se rendre insupportable et obtenir sa sortie. Devenu calme, il fut remis en liberté.

A sa deuxième entrée, même attitude à la fois de déséquilibré miséreux et de récriminant contre tout le monde, faisant du tapage exprès.

A sa troisième entrée, alors dans mon service, il a fait un tapage infernal pour protester contre son internement. Il réclame du tabac, bien que ne fumant pas, mais prétend y avoir droit comme indigent, afin de pouvoir le vendre à d'autres malades et se procurer ainsi les quelques sous qui lui sont nécessaires. Il se plaint qu'on lui ait volé autrefois de l'argent, que la société ne se conduit pas bien à son égard. Il s'excite en parlant, récrimine contre tout, menace tout le monde. Dès le réveil il crie dans la cour contre le médecin, le Directeur, l'administration; il excite les malades par ses cris et met le désordre dans la première cour. Ce que voyant, je le fais mettre aux colonnes en cellule. « Puisque c'est la guerre, me dit-il alors, vous verrez ce que peut faire un homme pour embêter tout le monde ! » Effectivement il fait pendant plusieurs jours du bruit, nuit et jour, et casse tout dans sa cellule, abîme le parquet, les murs, etc. Sur la promesse de le laisser sortir s'il se calme, il redevient instantanément absolument paisible. Il sort au bout de quelques jours.

A sa dernière réapparition dans le service, même attitude ; il est excité, agité, bavard, récrimine contre tout le monde :

« Je cherchais du travail lorsque j'ai été arrêté, je n'avais pas de domicile... On m'a volé 250 francs, et avec ces 250 francs je pourrais acheter un peu de marchandises et travailler. Je proteste contre le crime que la société commet. »

D. — Vous ne raisonnez pas en ce moment.

R. — Vous prétendez que je ne raisonne pas, je raisonne aussi juste que vous.

D. — Comment avez-vous été arrêté ?

R. — Je regardais du côté de la Bastille, j'étais sur le boulevard Poissonnière, le flic venait du côté de l'Opéra, il me tape sur l'épaule en affirmant que je dormais, j'affirme le contraire, il m'emmène. Le lendemain antichambre chez le commissaire, antichambre chez le juge, antichambre partout. Je laisse échapper un morceau de savon, je veux le ramasser, un agent me brutalise et m'emmène à la mairie de la rue Drouot; de là un fiacre est amené et on m'emmène à l'Infirmerie spéciale. Là je demande mes papiers pour écrire à M. Clémenceau, ministre de la Justice, pour protester contre cette nouvelle séquestration.

D. — M. Clémenceau est ministre de l'Intérieur.

R. — Si, il est ministre de l'Intérieur (affirme le malade qui ne s'est pas aperçu qu'il se trompait). Pour les emm.... j'ai fait du potin, j'ai craché à la figure de M. L.... M. L... m'a déshonoré devant les magistrats, il a dit que j'étais responsable et que c'était la paresse. J'ai déjà fait du potin pendant quarante-huit heures pour vous imposer de me faire travailler. La vie ne sera plus possible pour personne si on me coffre et si on ne veut pas me faire travailler.

Le 25 du mois dernier je passe devant le tribunal correctionnel, le président me dit : « On va vous envoyer rue Broca, 136, (asile où on donne du travail quand on ne condamne pas certains vagabonds). » J'écris au président de la

chambre correctionnelle pour supplier de me faire donner du travail, il me renvoie au Procureur, je devais aller au Parquet le lendemain quand je suis arrêté. La société est marâtre de ne pas vouloir me rétablir dans mes droits ; j'ai été volé par ma sœur, j'ai droit à ces 250 francs

D. — Comment vivez-vous?

R. — Je vivais avec deux soupes, une soupe à la Salpêtrière, l'autre autre part, c'est là ma vie. Mais je n'ai pas de domicile, c'est ce qui cause toujours mes internements. Depuis 1887, je suis victime d'une erreur judiciaire, comment voulez-vons que je me rétablisse, n'ayant plus de papiers, plus rien. Qu'est-ce que dit le Code : quiconque porte préjudice à autrui est tenu de le réparer. Pourquoi me refuse-t-on justice? On pourrait faire arrêt sur les appointements de mon beau-frère, et mettre ma sœur en état de me donner ces 250 francs. Les parquets de Juvisy et de Paris sont causes de mes internements.

Je me découvre devant vous, parce que je sais que vous êtes un honnête homme, mais si j'étais devant M. L..., je resterais couvert. M. L... aurait dû me mettre en observation lorsqu'il ne me connaissait pas, et non maintenant qu'il me connaît.

D. — Que dois-je conclure ?

R. — Je demande que vous concluiez de me foutre à la porte, je ne suis pas un malade ; dehors je continuerai ma vie errante. Je ne peux pas aller donner un coup de couteau à ma sœur, ma conscience me le défend. Nul n'a le droit d'attenter à la vie d'autrui. Je ne commets pas de délits, on ne devrait pas attenter à ma liberté. Je voudrais être utile à la société, j'ai écrit deux lettres à M. le ministre de la Justice, on cambriole dans les services publics : je préparais ma défense, les employés m'ont volé mes papiers. Quand j'étais en cellule, on me cachait lors des inspections, on ne voulait pas me donner du papier pour écrire.

8 août. — Le malade, assez calme durant toute la journée, a commencé à s'agiter le soir et a crié presque toute la nuit.

9 août. — Ce matin, le malade déclare qu'il veut absolument voir M. Chaslin, et sur la demande de l'interne au sujet du bruit qu'il a fait, le malade qui est aux colonnes, proteste et déclare que sa maladie de vessie ne lui permet pas de rester si longtemps en cellule la nuit, et que si on ne lui donne pas de travail ou si on ne le met pas en liberté, il empêchera tout le monde de dormir.

A 10 heures, dit l'interne, je revois de nouveau le malade qui dès qu'il m'aperçoit crie : Il est bien venu, M. Chaslin? — Pai...,calmez-vous ; si vous voulez me promettre d'être bien raisonnable, vous serez aujourd'hui même remis avec les valides, mais si vous excitez les malades on vous replacera tout de suite ici. Est-ce convenu ? — Le malade, subitement radouci, promet d'être très tranquille.

10 août. — Le malade est resté très calme toute la journée d'hier et toute la nuit. Hier soir il a manifesté sa satisfaction et déclaré qu'il tiendrait sa parole.

Quelques jours après, il réclame de nouveau sa sortie en disant qu'il est « non pas un aliéné, mais un déséquilibré et dont la place est non dans un asile, mais dans une prison » (*sic*), et me remet la lettre suivante :

« Bicêtre, le 23 août 1906.

« Monsieur Docteur,

« J'ai l'honneur de vous supplier de bien vouloir oublier ma conduite envers vous et bien vouloir me recommander cette demande à la bienveillance de Monsieur le Préfet et lui faire parvenir à lui-même.

« Veuillez agréer, M. le Docteur, l'hommage du plus profond respect et de toute la reconnaissance de votre serviteur.

« P.... »

Il me paraît évident qu'il y a ici un éloignement plus grand encore du premier type H..., car chez ce dernier il n'y avait que des actes de violence avec absence absolue de sens moral, tandis que chez Pai... il y a une tendance manifeste à la surexcitation intellectuelle, à l'agitation, au raisonnement faussement logique, aux actes de violence mitigés, non dirigés contre les personnes, une conduite, somme toute, peu raisonnable et révélant une extrême instabilité. On appelle parfois ce genre d'anormaux *maniaques raisonnants* (*raisonneurs* serait mieux), car ils sont toute leur vie dans un état qui rappelle de très près, mais en adouci, celui passager des maniaques intermittents (voyez le chap. Manie). Ils sont donc très près des fous proprement dits.

Conduite de ces anormaux à l'asile d'aliénés. — Tous ces anormaux internés sont la source, soit isolément, soit en groupe, de désordres et d'ennuis sans fin pour les médecins et les vrais malades. Il y en avait autrefois une collection assez complète à la Sûreté de Bicêtre. Un de ces chenapans, Et..., rédigeait non sans esprit un journal appelé l'anti-aliéniste, imprimé au polycopiste.

Voici l'en-tête d'un des numéros :

1re Année. N° 5. *Paraît le 1er de chaque mois.* Mardi 1er août 1893

L'ANTI-ALIÉNISTE

Rédaction : SURETÉ DE BICÊTRE — PRIX DE L'ABONNEMENT : **30 cent. le numéro**	*Rédacteur en Chef :* **Charles E...**	Adresser les manuscrits à M. le Rédacteur en chef — ANNONCES ET RÉCLAMES **2 francs**

Voici deux paragraphes de ce numéro :

« Définition de l'Aliéniste.

« L'aliéniste est un oiseau, échassier, antirostre à tête chauve qui, pour l'intelligence, tient le milieu entre l'oie et la buse. L'aliéniste est surtout ridicule par les airs penchés qu'il se donne, par l'affectation de ses poses.

« Aussi, pour qualifier un homme aux jambes maigres, aux gros yeux à fleur de tête, à l'intelligence épaisse, ne manque-t-on pas de dire :

« C'est un aliéniste !

« Statistique du mois.

« Asile de Bicêtre. Dans le courant du mois. il y a eu 55 décès ; quant aux sorties, elles sont nulles. Les malades guéris par Messieurs les aliénistes étant obligés de passer par l'amphithéâtre pour obtenir leur sortie. »

Il faut ajouter que parmi les rédacteurs il y avait des persécutés raisonneurs (voyez plus loin) qui ne manquaient pas de verve et de critique, comme cela se rencontre toujours chez ces anormaux.

Ce journal était inoffensif, mais cette réunion dans un étroit espace, la Sûreté de Bicêtre (1), d'anormaux, de demi-fous, qui s'excitaient réciproquement, était absurde au point de vue médical, car cela mettait ensemble les seuls pensionnaires de l'asile capables de s'entendre pour se révolter. C'est ce qui eut lieu effectivement un beau jour.

Révolte de la Sûreté de Bicêtre du mois de mai 1890. — J'ai pu reconstituer, avec le concours du personnel, les renseignements suivants sur cet événement instructif.

Vers la fin du mois de mai 1890, le malade Ca..., absinthique invétéré et apache, interné à la Sûreté de Bicêtre, s'étant fait apporter en cachette une fiole d'absinthe par sa maîtresse, en offrit à ses compagnons de préau, les nommés G..., apache, B..., alcoolique vicieux, C..., dément, Gr..., alcoolique violent, H..., assassin et alcoolique (déjà cité), Mal..., persécuté persécuteur et Jol..., apache et absinthique (déjà cité). Ce dernier, dangereux malfaiteur, surexcité par l'alcool, engagea ses camarades à se révolter et à fuir.

Il donna l'exemple en cassant la vaisselle d'abord, puis les tables et chaises et arracha la conduite de gaz.

Les gardiens accourus, voyant qu'il n'était pas possible de calmer ces forcenés, prirent la fuite.

(1) C'était une rotonde grillée avec cellules grillées également, pour les aliénés les plus dangereux. Elle a été supprimée depuis quelques années.

A ce moment, le Directeur, qui avait été prévenu, survint, alors que le dernier garçon fermait la porte de la cour d'entrée.

Les malades l'accueillirent par des huées et des injures; l'un deux, Jol..., envoya un pot à fleurs dans sa direction, en le menaçant de mort. Le Directeur ayant objecté qu'il avait une femme et des enfants, Jol... lui permit de partir.

Livrés à eux-mêmes, les malades démolirent tout ce qu'ils purent, et mirent du sable dans la serrure de la porte de la cour, afin d'empêcher d'ouvrir de l'extérieur.

Ca.... qui avait été l'instigateur de la révolte, put s'enfuir et vint prévenir les garçons des colonnes de la deuxième section de ce qui passait.

Jol... était en ce moment monté sur le toit, faisant flotter une large ceinture rouge et vociférant les plus grossières injures.

Le Directeur, se croyant impuissant à réprimer cette révolte, demanda au commissaire de police de requérir les soldats du fort.

Lorsque le commissaire vint sur les talus, en face du mur de la Sûreté, ou Jol... était en ce moment à califourchon, tandis que Gr... et les autres étaient disséminés sur le toit de la rotonde et sur la crête du mur, il fut accueilli par une bordée d'injures et de menaces.

Il braqua alors sur eux son revolver, mais ce geste exaspéra encore les révoltés qui le défiaient de tirer.

Lorsque le piquet de soldats arriva, sous la conduite d'un officier, on dut fracturer la porte pour entrer.

Jol... se précipita devant les baïonnettes, mettant les soldats au défi de lui faire du mal, leur disant des mots les plus blessants, les traitant de lâches, etc.

Le Directeur, craignant l'énervement des soldats, les fit retirer, puis fit installer une pompe à incendie, qui, inondant les malades grimpés un peu partout les obligea de se rendre à merci.

Il fallut plusieurs infirmiers pour se rendre maître de Jol..., qui, frappant, mordant, donnant des coups de tête à droite et à gauche, était dans un état paroxystique de surexcitation.

Les révoltés furent mis en cellulle : Ca..., qui avait été le promoteur de la révolte, ne fut pas puni. Il aida même le personnel pour le transfèrement de ses compagnons en cellules.

Il y avait d'autres pensionnaires à la Sûreté, Pr..., persécuté persécuteur, Lec..., persécuté persécuteur, Méz..., épileptique, Sch..., (dément?) enfin La..., et Lau..., deux déments, qui n'ont pas pris part à la révolte, tout en vociférant et faisant du tapage. Méz..., déjà cité, en état de paroxysme psychique épileptique, ne s'occupait de rien ; mais il frappa un infirmier étranger au service qui, ne connaissant pas son état, l'avait appréhendé brutalement.

On voit tout l'inconvénient à réunir ainsi ces anormaux ensemble dans un asile dont la discipline ne peut être assez sévère pour de pareils individus. Ces déséquilibrés sont des plaies pour les services. Sous l'influence de la théorie de la dégénérescence, mal comprise à mon avis, Bicêtre en a été encombré pendant un certain temps. J'ai eu soin, pendant que j'y ai été chef de service,

de ne jamais laisser envahir celui qui m'était confié par ce genre d'anormaux dont la véritable place est *en prison* ou *au bagne*.

Rapports du crime et de la folie. — La question de la criminalité et de la folie morale a fait couler beaucoup d'encre. L'une comme l'autre de ces anomalies est caractérisée par l'absence de sens moral, au moins chez le criminel-né, car ici je ne parle pas du criminel d'occasion. Mais il est probable que le défaut d'éducation seul joue un grand rôle dans le développement de la criminalité, de même que l'imitation. Quant au fou moral, des auteurs ont cru trouver le critérium de la distinction d'avec le criminel dans cette constatation que, chez le premier, l'acte nuisible à autrui est inutile ou même nuisible à l'anormal lui-même, tandis que chez le second il pourrait être considéré comme utile, quoique anti-social. Cette distinction me paraît peu sûre, si on veut en faire la distinction théorique entre le vice et la folie. Je laisse aux métaphysiciens le soin de séparer les deux espèces et celui de définir la responsabilité. Dans l'immense majorité des cas, l'assassinat, par exemple, n'est vraiment pas d'une grande utilité pour l'assassin. C'est un travail en somme peu productif et où le risque est très grand. Et que dire du crime par vengeance? N'est-il pas absurde au fond? — Sans entrer dans toutes ces discussions et d'autres encore que les théories de Lombroso ont suscitées, je crois que criminels, apaches, fous moraux, peuvent être tous rangés dans la même catégorie, sans tenir compte si c'est vraiment de naissance, à la puberté, ou par suite de mauvais exemples, ou par manque d'éducation, que le sens moral ne s'est pas développé ; sans tenir compte non plus de la façon dont vit le criminel, soit en bandes organisées, ou avec des prostituées, etc., dont le contact finit par incruster les habitudes criminelles ou antisociales, soit opérant isolément. Toutes ces questions, très importantes, ne sont pas du domaine de ce livre médical élémentaire et hors de ma compétence (1).

Cependant on peut admettre une distinction. Je qualifierai plutôt de criminel l'anormal qui n'a que peu d'anomalies en dehors de l'absence de sens moral, et plutôt de fou moral, celui qui a d'autres anomalies, du déséquilibre intellectuel. Il faut encore mettre à part le demi-fou dont le crime ou l'acte délictueux est conditionné par un trouble peu marqué de l'intelligence, très voi-

(1) Je ne veux pas dire par là qu'elles ne devraient pas être étudiées par les médecins, mais qu'en fait elles lui échappent encore trop maintenant.

sin de l'erreur normale, tel le persécuteur raisonneur (Voyez le chap. suivant), et enfin l'aliéné véritable, comme le persécuté qui tue son prétendu persécuteur ou le paralytique général qui exhibe ses organes génitaux, ou l'arriéré qui sert, parce qu'il ne comprend pas, de complice dans les bandes de voleurs plus malins que lui. Mais il faut faire attention que l'on passe par transitions insensibles du criminel proprement dit au fou moral, et de celui-ci au « demi-fou », criminel ou délinquant, et enfin au véritable fou criminel ou délinquant. Ce passage insensible de l'un à l'autre se rencontre sur bien des points de la médecine et n'empêche pas que l'on doive essayer de classer les types, si dans la pratique clinique le rangement d'un cas donné dans l'un ou l'autre de ces types est loin parfois d'être aisé. Aussi je crois que l'on peut conserver *deux catégories de criminels* : d'une part les *criminels et délinquants tout court*, et d'autre part les *criminels ou délinquants fous*. Mais ceci n'a d'importance qu'au point de vue *pratique* du traitement différent à leur appliquer. Car, au fond, il s'agit de savoir, et c'est la question que l'on pose au médecin, soit qu'il soit expert près les tribunaux, soit qu'il soit seulement médecin d'asile, il s'agit de *savoir ce qu'il faut faire* de ces anormaux. Comme on le voit par les exemples ci-dessus, je n'hésite pas à déclarer bons pour la prison tous ceux qui n'ont que de l'absence ou de la perversion du sens moral. On verra plus loin des exemples de fous qui ont commis des crimes et dont la vraie place est à l'asile. Pour des individus comme Pai... (p. 518 de ce chapitre) on peut hésiter et j'ai hésité — mais comme il existe à l'heure actuelle un *service spécial dit d'aliénés difficiles*, sorte d'asile-prison, on pourrait y envoyer les malades comme Pai... et aussi ceux dont je parlerai plus loin, les persécutés raisonneurs. Pourtant pour ceux-ci, comme je le dirai, la prison, le châtiment, vaudraient mieux (1), car ils supportent mal l'asile et s'y excitent davantage pour toutes sortes de raisons.

Exposé général résumé.

• La *criminalité*, la *délinquence* sont caractérisées par *l'absence de sens moral*, ce qui permet à l'anormal qui présente cette lacune de l'esprit de commettre des actes dangereux ou répréhensibles,

(1) J'ai déjà soutenu cette thèse : Ph. Chaslin, Sur la « responsabilité » des fous et des criminels, *Rev. Philos.*, septembre 1908, p. 301.

sans que cela puisse s'expliquer par un véritable trouble de l'intelligence proprement dite, qui paraît relativement intacte.

La *folie morale*, caractérisée aussi par la même absence de sens moral, accompagnée souvent de perversions d'autres sentiments, paraît s'accompagner de plus d'anomalies dans les autres domaines de l'esprit.

La *manie raisonneuse* se rapproche encore plus de l'aliénation proprement dite par les troubles de l'intelligence, ordinairement de la surexcitation intellectuelle, du désordre dans la conduite et les actes, le plus souvent bizarres et nuisibles, une instabilité perpétuelle, parfois par une tendance à des interprétations presque délirantes.

Le *diagnostic* repose essentiellement sur l'absence d'un trouble mental vraiment délirant ou démentiel (1); il faut en présence d'un *crime* rechercher avant tout les types cliniques suivants qui peuvent en comporter :

Le délire alcoolique;

L'alcoolisme chronique;

Le délire de jalousie alcoolique;

L'épilepsie;

La mélancolie (surtout crime familial);

La folie des persécutions;

La persécution raisonnante.

En présence d'un *délit*, d'un vol, ou d'un attentat à la pudeur ou aux mœurs, il faut éliminer avant tout :

La paralysie générale;

La démence sénile;

L'arriération intellectuelle.

Le *pronostic* est mauvais, car l'absence de sens moral ne se comble pas, mais en l'absence d'excitants appropriés, l'anormal criminel peut ne pas récidiver. Quant à l'apache, au cambrioleur et au voleur, comme c'est devenu un métier, le pronostic est des plus fâcheux. Mais cela n'a pas d'importance médicalement parlant, car de par la loi cela ne regarde pas le médecin, mais le juge et le directeur du bagne ou de la prison.

Le *traitement* du criminel ou du délinquant est réservé par la loi au *service pénitentiaire*. La question de la responsabilité est

(1) La constatation de *tatouages* peut être de quelque utilité pour le diagnostic, car ces marques sont habituelles dans certains milieux criminels (souvent alors elles sont spéciales ou particulières : colonies, infanterie coloniale, etc).

une question inexistante, puisque métaphysique, mais elle correspond à une distinction *pratique* importante. A mon avis, le médecin, *tant qu'il n'y aura pas une réorganisation complète de la défense sociale contre les anti et extra-sociaux (fous et criminels)* de tout espèce (1) n'a rien à gagner à empiéter sur le domaine des tribunaux et à réclamer pour les asiles des anormaux qui sont bien mieux en prison, même pour eux. Les exemples que j'ai donnés montrent assez les inconvénients de tout genre et pour tout le monde, qu'entraîne une théorie mal comprise ou une fausse sentimentalité.

Il va sans dire qu'on peut et qu'on doit réclamer seulement ceux qui présentent un trouble *évident* et *incontestable* de l'intelligence. On peut, si l'on veut, créer un service spécial ou un *asile-prison* pour les cas mal tranchés. Je ne sais pas si cela présente réellement des avantages.

(1) Cette réorganisation, ainsi que la prophylaxie contre le crime, est une affaire sociale où pourtant le médecin doit jouer un rôle important, mais il faudrait qu'il sût comment agir sur les sentiments; c'est une question de pédagogie et de sociologie que je ne peux qu'indiquer en passant.

CHAPITRE IV

FAUSSETÉS D'ESPRIT

Sommaire. — *La fausseté d'esprit.* — Esprits faux très nombreux dans le monde. Rapports étroits avec les fous et les autres déséquilibrés, surtout les débiles.

La folie raisonneuse ou raisonnante. — Un exemple : *le raisonneur persécuté — persécuteur.* Presque à la limite normale. Rapports avec le vrai persécuté. Caractère spécial qui l'en différencie : il proclame son droit. Inconvénients de son internement.

Exposé général.

Un autre exemple : *le raisonneur hypocondriaque.*

Les pamphlétaires. — Grande ressemblance avec les esprits faux et les raisonneurs.

Traitement général de ces déséquilibrés criminels, esprits faux ou raisonneurs. — La prison est indiquée quand ils sont nuisibles. C'est le moins mauvais des *expédients.*

La débilité mentale, la sottise.

Exemple pris chez les gens en apparence normaux. Un exemple chez une arriérée épileptique ; chez une débile d'asile. C'est un genre spécial de fausseté du jugement, la *sottise,* à distinguer de la bêtise. Vanité. Prétentions. Crédulité. Aptitude à la contagion mentale. Le masque du débile. La débilité est un terrain semblant favorable à l'éclosion des folies. Influence sur la cohérence du délire.

Exposé général.

Fausseté d'esprit proprement dite (1).

(Les esprits faux.)

On voit rarement les esprits faux dans les asiles. Mais ils pullulent dehors et chacun en a sûrement rencontré. Ce sont ces gens faiseurs de systèmes, obstinés dans leurs idées, car ils sont toujours convaincus, supportant mal la contradiction, car ils sont toujours imbus d'eux-mêmes et de leur supériorité intellectuelle, qui généralement aiment à discuter, à ergoter, et à soutenir leurs idées par des raisonnements souvent interminables.

J'ai connu autrefois un savant de cette tournure d'esprit, Nc.... qui, doué malgré cela d'une intelligence remarquable, s'était fait à juste titre un nom dans une science particulière. Il avait la fâcheuse propension à se croire universel, apte à juger de tout, et il discutait sur tout avec âpreté, entêtement, difficile à saisir dans le détour de ses raisonnements spécieux. Cette tendance

(1) Paulhan, *Les types intellectuels, esprits logiques et esprits faux.* Paris, 1896.

à raisonner était sous une forme atténuée, le vice fondamental que je décrirai tout à l'heure chez les raisonneurs. Mais là où éclatait le plus la tournure anormale de son esprit, c'était dans la constitution d'un système scientifique ou plutôt dans la défense d'une théorie scientifique qu'il avait faite sienne par les additions qu'il y avait apportées. Très intelligent, il était pourtant incapable de comprendre les objections les plus évidentes qu'on lui opposait et il ne s'apercevait pas des contradictions énormes que renfermait sa théorie, même quand on les lui faisait toucher du doigt. Il était bien ébranlé un instant, mais le système l'emportait bien vite, et il avait plus raison que jamais. Il était incapable de nuances, incapable de rechercher et de trouver dans les théories adverses les bonnes idées qu'il pouvait y voir, car ses sympathies intellectuelles étaient étroites. Ce mot *étroit* caractériserait assez bien sa tournure d'esprit, malgré l'étendue de son instruction. Il était, comme il arrive toujours en pareil cas, très infatué de ses lumières et je me rappelle un jour où il se vantait d'avoir très bien choisi ses auteurs comme base de discussion à une de ses théories. Et précisément il avait montré d'une façon éclatante la fausseté de son jugement dans ce choix. Un psychologue qui le connaissait bien, bon juge en fait d'intelligences, et qui avait été frappé de cette intrépidité logique, logiquement fausse, avait remarqué aussi l'énorme assurance de Ne..., qui n'admettait pas qu'il pût se tromper : « un pape », disait le psychologue de M. Ne...

Ces esprits logiques, c'est-à-dire qui aiment la logique, mais fausse, et le système à outrance, et qui en dehors de cette étroite enceinte sont encore capables de jugement et d'intelligence réelle, peuvent être à différents niveaux de capacité intellectuelle. D'où des *variétés*, que les degrés d'étendue et de profondeur concernant la fausseté du jugement viennent compliquer encore. Il est bien certain que cette fausseté ne porte que sur des sujets spéciaux ou plus ou moins élevés, parce que sans cela ils ne pourraient pas vivre du tout dans le monde. Pourtant, un certain nombre sont des déclassés ou des ratés par manque de jugement dans leur conduite. Il y a là toute une série d'esprits à étudier. On peut rappeler ces inventeurs méconnus, ces faux savants, ces réformateurs, etc., qui font imprimer des livres, des journaux ou des affiches étranges, et qui parfois finissent à l'asile, et à côté d'eux des savants véritables comme M. Ne..., des professeurs de Faculté, des philosophes qui peuvent, malgré leur tare intellectuelle, rendre des services à la société.

Il faudrait développer minutieusement tous les détails de leur psychologie. Comme, médicalement, cela n'a pas une grande portée, je passe à des anormaux très voisins, ces raisonneurs et ces débiles qui, eux, ont assez souvent affaire au juge ou à l'aliéniste.

Folie « raisonnante » ou raisonneuse.

(*Les raisonneurs.*)

Ce sont encore des esprits faux, raisonneurs avant tout, peu endurants, mais qui révèlent avec éclat ce caractère et cette tournure d'esprit spéciale par crises, à l'occasion d'un fait particulier ou de quelques faits, qui ont une grande importance à leurs yeux; et alors ils font preuve d'un jugement dévié avec un esprit critique éveillé, une faconde extrême, une combativité remarquable, susceptible d'aboutir à la violence, et une « égocentricité » pareille à celle du persécuté vrai. L'idée fausse est ordinairement très limitée, très voisine de l'erreur physiologique; elle est suscitée par un événement réel et c'est à partir de cet événement que la fausseté d'esprit, dirigée par l' « égocentricité », se révèle manifeste. L'idée fausse passe quelquefois à l'idée délirante confirmée et dans ce cas on a affaire à des états qui se confondent insensiblement avec certaines folies systématiques (voyez plus loin), mais qui s'en distinguent par l'acharnement à vouloir logiquement démontrer le bien fondé du point de départ par des raisonnements interminables, d'ailleurs peu variés. On en distingue plusieurs sortes.

Je ne donnerai que deux exemples :

Le raisonneur persécuté — persécuteur (raisonnant des auteurs). — C'est le type classique et le plus fréquent.

Mar... P., entré à Bicêtre le 15 juillet 1904 à l'âge de 42 ans, sorti le 28 juillet 1906.

Aucun renseignement sur ses antécédents. Je n'ai pas tenté d'en avoir du malade lui-même, qui s'y serait sûrement refusé. Je sais seulement qu'il a été toujours un peu un excitateur et un agitateur dans son milieu; faisant preuves d'activité d'esprit et de combativité, de tendances très révolutionnaires, et ombrageux, comme tous les raisonneurs. M... a écrit ses mémoires et il m'a remis, quand j'ai pris le service, un cahier contenant toute l'histoire de ses démêlé avec la justice, ainsi que la copie textuelle de ses nombreuses lettres aux différentes autorités, aux journalistes et autres personnes auxquelles il a fait part de ses griefs ou qu'il accuse de complicité. M... parle très facilement, de même qu'il écrit très clairement et avec beaucoup de correction grammaticale. Il s'excite en parlant, accentue ses paroles avec une conviction extrême, discute pied à pied avec son interlocuteur, quand celui-ci lui fait des objections, raisonne, souvent sur des pointes d'aiguille, à propos de tel ou tel article du Code qu'il cite par son numéro (il a un Code avec lui), est souvent mordant et ironique, moqueur ou agressif, soutenu qu'il est par une haute idée de lui-

même, de ses droits, de ses connaissances juridiques. On sent qu'il s'honore de la lutte qu'il a entreprise à lui tout seul contre la magistrature et les médecins aliénistes. C'est un raisonneur, une forte tête, un obstiné qui n'a jamais tort, un combatif qui veut toujours aller jusqu'au bout de son droit, de ce qu'il croit être son droit.

Voici maintenant le thème de ses raisonnements :

Ayant été insulté d'une façon particulière par ses camarades qui le traitaient de..... il note incontinent toutes les circonstances de l'insulte et, aulieu de la dédaigner, il poursuit ses diffamateurs devant le tribunal, malgré les instances pressantes de ses amis et de son patron. L'affaire vient devant la police correctionnelle; son premier avocat d'office repasse, 60 heures avant le jugement, son dossier à un second avocat. M... se plaint fortement que celui-ci ne connaissait pas bien le dossier et a mal plaidé.

M... a gagné, mais n'a pas obtenu l'indemnité aussi forte qu'il la réclamait. Il va en appel en déclarant dans une lettre au Procureur général qu'il plaidera lui-même sa cause, n'ayant pas, dit-il, droit à un avocat d'office en appel; et se plaignant d'être une victime du règlement de l'ordre des avocats. Il comptait en écrivant cette lettre que devant la gravité de ses griefs contre l'ordre des avocats, le Procureur général communiquerait officieusement sa lettre au bâtonnier, lequel s'empresserait de faire réparer la gaffe involontaire d'un jeune confrère, commise grâce au règlement de l'ordre, « en m'adressant (c'est une phrase de M... même) à la bonne volonté d'un avocat assez riche pour prendre ma cause à titre gracieux ». Il écrit aussi au président de la Chambre de la Cour d'appel pour lui signaler tout cela. Ce président aurait dû communiquer sa lettre au bâtonnier ou enfin agir d'une façon quelconque pour lui faire obtenir réparation du premier préjudice causé.

Il comparaît donc en appel devant ce même président X..., qui refuse de renvoyer l'affaire à la demande des adversaires de M..., qui n'avaient pas d'avocat. Le président ne les interroge pas, refuse d'entendre les témoins (M..., aurait voulu en faire entendre un nouveau), enfin confirme purement et simplement le jugement après audition du greffier et de la partie civile. Pour M..., cette façon de procéder constitue la violation sur sept points de l'article 190 du Code d'Instruction criminelle (1). En n'interrogeant pas les prévenus, le président a eu pour but de faire commettre par le greffier un faux en écritures publiques, en lui faisant consigner sur le procès-verbal que les adversaires avaient fait défaut. M... n'a pas lu ce procès-verbal, mais ayant été signer son désistement de pourvoi, les employés ont eu l'air embarrassé; l'un d'eux lui demanda pourquoi il revenait sur cette affaire, puisque les prévenus avaient fait défaut. M... ayant objecté qu'ils étaient là, et qu'on ne les avait pas entendus, l'employé dit (paraît-il) : « Oh ! c'est un gâchis que cette affaire ».

Alors M... adresse au Procureur une plainte en forfaiture contre le président X... qui lui en aurait voulu parce que M... a fait du tort à l'ordre des avocats en plaidant lui-même sa cause. Il écrit successivement au ministre de la Justice, au Président de la Cour de Cassation pour formuler la même plainte. Enfin, devant le silence des autorités, il écrit au président X. et au garde des

(1) Il me paraît inutile d'entrer dans le détail de ces sept points. D'autant plus que d'après les renseignements que j'ai obtenus d'un avocat, ces sept violations prétendues n'existent pas.

sceaux pour les prévenir qu'il essaiera de « tuer le président X... sous le ridicule, ce qui n'est pas une arme prohibée ». Effectivement il attendra le magistrat à sa porte avec l'intention de l'enduire de matières fécales qu'il portait dans un pot à lait. Arrêté, il est envoyé au Dépôt, puis à Sainte-Anne, puis à Bicêtre. Là, il accuse les médecins aliénistes d'avoir pris le parti de la magistrature et de la police.

Parmi ses griefs contre eux, il relève qu'à Sainte-Anne le médecin a fait son certificat le lendemain de l'entrée seulement et qu'un autre certificat d'un autre médecin a été fait le 16 alors que lui est arrivé le 15. Il se vante d'être assez intelligent pour avoir remarqué cela. Il met tout le monde en mouvement et écrit lettres sur lettres (1), en rédigeant un long mémoire qu'il envoie à différentes personnes. Il travaille dans les ateliers et pourrait facilement se sauver : il ne le fait pas, parce qu'il veut sortir de Bicêtre avec les honneurs de la guerre. Il s'occupe d'ailleurs à soutenir les griefs de quelques pensionnaires qui lui ressemblent plus ou moins par l'attitude intellectuelle.

Comme tous les raisonnants ou raisonneurs, M... prend très mal le séjour à l'asile et ne fait que s'exciter davantage. Aussi j'estime qu'il est préférable de de le faire sortir, M..., ayant d'ailleurs affirmé qu'il ne chercherait plus à se venger ; il sort finalement le 28 juillet 1906 (2). J'expliquerai plus bas comment je conçois qu'il faudrait agir avec cette sorte d'anormaux.

On saisit bien par cet exemple le caractère particulier de ce type anormal. C'est un individu qui a toujours été actif, remuant, probablement un agitateur convaincu, qui, un beau jour, insulté réellement et accusé à tort par ses camarades, cherche à se venger en les faisant punir par la justice. Le jugement n'étant pas rendu à son gré, il accuse le magistrat, par suite d'une fausse interprétation, de persécution à son égard et de forfaiture. Ici se montrent des prétentions à connaître à fond le Code, qui se rencontrent chez beaucoup de ces *raisonneurs processifs*. Il veut faire punir le magistrat et, n'y arrivant pas, tente de provoquer un scandale pour passer en Cour d'assises afin de proclamer en public ses griefs et se faire rendre justice. On l'interne; alors il réclame incessamment, écrit lettres sur lettres, mémoires sur mémoires aux autorités; il était en train d'ameuter les journalistes, quand il a été remis en liberté. Sentiment énorme de soi-même, de son bon droit, ironie, agressivité, activité et même suractivité intellectuelle, touchant à l'excitation, mais toujours pour le même motif, verbiage incoercible; raisonnements sur des pointes d'aiguille, le Code à la main, n'acceptant pas de s'échapper parce qu'il veut sortir avec les honneurs de la guerre; — telles sont les carac-

(1) Il faut noter que toutes ces lettres sont envoyées recommandées.
(2) Je n'ai pas appris qu'il se soit fait encore reprendre par la police (décembre 1911).

téristiques qu'il a présentées. Il faut remarquer qu'une fois sorti il paraît s'être tenu tranquille, puisqu'on n'a plus entendu parler de ses projets de se faire rendre justice. Le paroxysme a passé probablement assez rapidement dès qu'il a été remis en liberté. Je crois effectivement que l'asile ne faisait que l'exciter davantage. La mise en liberté a amené une sédation. — M... reprendra-t-il un jour une attitude analogue vis-à-vis d'une autre idée fausse du même genre? Je ne sais, mais c'est possible. En tous cas il ne paraissait guère dangereux au point de vue des violences qu'il préméditait, car il n'a jamais voulu attenter aux jours du magistrat.

Exposé général. — Le raisonneur persécuté-persécuteur.

État permanent *constitutionnel*, mais qui se révèle surtout à certains moments de la vie de l'anormal par une exacerbation caractéristique.

Généralement le point de départ de la crise est un *fait vrai* ou à moitié, faussement compris, d'où idée de persécution, de préjudice, ordinairement d'ordre moral analogue à l'idée vraie de persécution, mais le plus souvent beaucoup moins extravagante et *presque dans les limites de la normale*, que l'on peut appeler une *idée fausse*, une interprétation fausse, plutôt qu'une idée délirante.

Cette *erreur de jugement*, qui est limitée à l'idée principale primitive et ensuite à quelques autres seulement, repose sur une fausse appréciation du droit de l'anormal en particulier (dans le cas le plus courant où il s'agit d'une injustice commise), au fond sur un sentiment personnel excessif, une confiance illimitée en soi et en sa cause. Cela s'accompagne de :

Raisonnements pour soutenir la thèse, l'idée fausse, même avec mauvaise foi;

Loquacité intarissable, écrits interminables, minutieux, détaillés;

Réclamations incessantes, procès, etc;

Recherche fréquente du scandale et de la violence pour attirer l'attention;

Tendance à se faire *redresseur de torts;*

Persécution acharnée dès le début contre les personnes réelles, supposées ennemies, par tous les moyens légaux et illégaux, d'où procès, menaces, violences, assassinats, qui peuvent rendre ce genre d'anormal très dangereux.

Il y a des *Variétés* nombreuses ; ce sont les *persécuteurs :*

Processifs (c'est la plus fréquente de beaucoup);

Hypocondriaques (interprétation fausse au début, par exemple : un médecin les a mal soignés, d'ou persécution contre le médecin);

Amoureux (se croient aimés de quelqu'un);

Familiaux (se croient le descendant de tel ou tel personnage);

Réformateurs politiques (régicides, etc.).

Si ces types d'anormaux doivent être distingués des vrais persécutés, des hypocondriaques, etc., il n'en est pas moins vrai qu'il y a des transitions insensibles entre eux, de même d'autre part avec les esprits faux, les maniaques intermittents, les instables et les fous moraux.

Mais pour le *diagnostic* avec le persécuté on doit se rappeler avant tout que celui-ci dissimule, tandis que le raisonneur *proclame* ses idées fausses, même quand elles sont vraiment délirantes et est encore plutôt un *persécuteur* qu'un persécuté.

Quant au *traitement*, je le résumerai plus bas (voyez p. 538).

Le raisonneur hypocondriaque. — Voici maintenant une variété plus rare de raisonneur qui montrera bien le fond même de l'esprit de ces anormaux.

Dur... O., négociant, 39 ans.

Antécédents. — Les seuls renseignements que j'aie sur l'hérédité sont trop peu précis. Il est probable que la mère du malade a été obsédée ou mélancolique, et que le père a dû faire abus de boissons alcooliques.

Dur... a toujours été un nerveux, un émotif, faisant des démonstrations de tendresse féminine, manquant de bon sens pratique, dyspeptique et éprouvant depuis longtemps des sensations bizarres dans le thorax et l'abdomen. Vers 25 ans, il a eu, à la suite de déboires, une crise d'insomnie qui aurait duré une dizaine de jours. Étant pour quelques mois en pays étranger pour sa profession, il aurait eu, d'après les dires d'amis, un désespoir tel de n'être plus au milieu des siens qu'il aurait eu des idées de suicide. Il y a deux ans, sans cause connue, dit le malade, il a éprouvé pendant ses vacances un nouvel accès d'insomnie, qui a duré une dizaine de jours et s'est terminé brusquement.

Toute l'année dernière, grandes inquiétudes à l'occasion de sa famille. Depuis deux mois environ le malade dit avoir une insomnie presque complète. Il s'endort, mais se réveille au bout d'une heure ou deux avec une sensation de bien-être qui est remplacée par des sensations bizarres dans l'estomac et l'intestin, et avec de l'excitation intellectuelle dont Dur... rend très mal compte. Dans la journée, grande lassitude nerveuse par moments, mal précisée. Le travail est continué; l'appétit intact et les digestions de la journée bonnes. Peu à peu cet état s'accompagne de craintes de ne pas guérir, de devenir fou : « Ce n'est pas naturel de ne pas dormir un seul instant, je n'y résisterai pas, je deviendrai fou, et ce qu'il y a de pis c'est une sensation de légèreté qui ne devrait pas être. » Pourtant Dur... dit qu'il est fatigué, mais quand on insiste,

il finit par expliquer que cette fatigue réside au creux de l'estomac. Ces craintes qu'il éprouve la nuit sont horribles. En racontant cela il finit par sangloter en s'écriant qu'il n'est pas possible qu'il guérisse, qu'il va devenir fou; il se livre à des démonstrations d'une sensibilité enfantine vis-à-vis du médecin.

L'aspect général est très bon; il n'y a rien d'objectivement appréciable ni à l'estomac, ni ailleurs.

Sur le conseil de rester couché, Dur... dit qu'il ne pourra digérer, car le poids des couvertures seul sur la région stomacale le gêne.

Pourtant il est resté à peu près couché une quinzaine il y a quelque temps sur l'ordre d'un médecin, mais a suivi fort inexactement les prescriptions. Il a pris des hypnotiques pour dormir et qui lui réussissaient, mais ce qui montre bien qu'il ne pourrait dormir sans cela, dit-il. On lui conseille d'entrer dans une maison d'hydrothérapie pour faire une cure de repos. Il accueille ce conseil par des jérémiades enfantines, disant qu'il en mourra, qu'il deviendra sûrement alors tout à fait fou, etc., etc. Il donne l'impression d'un grand enfant, gâté et élevé de travers.

Entré à la maison de santé, il refuse l'isolement complet, refuse de garder le lit. On le fait dormir par les hypnotiques, le massage, les bains, les douches. Au bout de quelques jours, il paraît moins préoccupé et semble amélioré; ce ne fut qu'un instant. Il est repris de sa crainte de ne pas guérir, crainte qu'il raisonne: s'il ne peut dormir qu'avec des drogues, ces drogues useront leurs effets, il ne sera pas guéri; sa famille ne pourra lui payer longtemps la maison de santé, chez lui il sera à charge aux siens, il ne lui reste plus qu'à se détruire. Il écrit tous les jours à sa femme et refuse de ne pas lui écrire, de recevoir ses lettres, une femme pareille étant une héroïne, une femme exceptionnelle, dont les lettres ne peuvent être que bienfaisantes. Il se remet aveuglément entre les mains des médecins, proclame-t-il, et en même temps discute, ergote à perte de vue et se refuse à observer ce qu'on lui prescrit. Il trouve hautement moral d'écrire à sa femme qu'il va se suicider, afin de la prévenir d'avance. A son père il écrit aussi une lettre où il examine avec beaucoup de détails les façons de se suicider, ajoutant qu'il mettra son projet à exécution sous peu, s'il ne dort pas enfin sans drogues. Avec les médecins il revient sans cesse sur son cas incurable, disant qu'il y voit clair, qu'il ne guérira jamais; il est aussi intarissable qu'un persécuté raisonneur.

C'est un esprit faux qui déraisonne sur son cas et l'aggrave, car cette insomnie névropathique n'est rien, c'est son obstination à en tirer un pronostic fâcheux qui l'entretient. C'est une sorte de raisonneur de travers et entêté, tout à fait comparable aux persécutés raisonneurs. La lettre suivante achève de le démontrer.

« Monsieur le Docteur,

« Je vous ai senti si *humain*, si bon; vos q.q. paroles m'ont pendant q.q. heures tant fait de bien, que j'ose encore venir vous importuner pour que vous me tendiez la main encore une fois. Il y a des moments (car les heures noires sont revenues; je n'ai pas dormi une heure la nuit qui a suivi votre consultation, malgré les médicaments) où je cherche à me cramponner

à tout pour me retenir à la vie. J'ai tant de peur d'être acculé au désespoir. Or, je *ne dois pas* mourir encore, si du moins je puis être guéri *dans un délai rapproché*. Ma femme n'a pas de fortune; elle nourrit son bébé. J'étais *seul* à gagner notre pain. Si je puis guérir bientôt, je *dois* vivre; cela est indiscutable; mais si je dois guérir bientôt, *pouvez-vous me donner une limite approximative? Il y a 3 mois passés* que l'insomnie a commencé. Répondez-moi surtout à cette question: *Avez-vous vu des insomniaques de plus de 3 mois revenir à l'état normal dans un délai de temps relativement rapproché? Avez-vous vu des hommes dans mon cas? En avez-vous soigné?* Beaucoup ont-ils guéri? Si mon état se prolongeait, combien de temps pourrais-je durer avec espoir de guérison? — Ce sont là, Monsieur le Docteur, autant de questions que j'aurais voulu vous poser durant la consultation, mais quand plusieurs personnes sont présentes, on ne saurait penser à tout..... Enfin, pour ce qui est de ma réclusion dans cette maison pouvez-vous me permettre de vous en poser q.q. autres? On ne me laisse plus sortir du tout, et je ne reçois des visites que deux fois la semaine. En outre, souffrant de dyspepsie depuis des années, le régime de la maison m'est extrêmement pénible, et est cause lui-même de plusieurs insomnies. Enfin je ne trouve pas le silence suffisant.

« Monsieur le Docteur, je vous demande ces choses parce que je sais qu'en science il n'y a que *des cas*. Je crois que pour ma part *l'isolement* n'est qu'une torture de plus ajoutée aux autres et qu'une certaine distraction ne peut m'être qu'un bien. Une certaine fatigue *physique modérée* ne pourrait-elle aussi m'être permise? Si je pouvais être autorisé à une petite marche quotidienne de 2 ou 3 kilomètres?

« Je suis malheureusement un être *tout d'affection*. Cet isolement loin des miens m'est le grand supplice. *Croyez-vous qu'il faille m'y habituer pour guérir plus tôt?* En outre ma vie a toujours été active et pleine de nobles efforts. Je suis relégué ici dans un étroit espace parmi des malades dont la seule vue m'est une peine. Je crois vraiment que si je pouvais avec une aide extérieure échapper à la hantise de ma solitude et de mon malheur je serais amené à éprouver plus de calme. — Ma douleur constante consiste encore en ce que jusqu'à cet âge bientôt j'ai toujours vécu libre et maître de moi. Je souffre d'autant plus d'être rangé parmi les *dégénérés*. Je souffre surtout ensuite d'être exilé de toute la vie à laquelle je me suis tant mêlé.

. . . .

. . . .

« Enfin *j'ai peur*, une peur atroce, et c'est là ma hantise, d'être la douleur de ma bien-aimée, de ma femme, pour qui je dois être et j'ai été une joie. J'ai peur que le *désespoir* me prenne de ne pas sortir de cette crise. J'ai *peur du chagrin de la voir travailler, gagner la vie pour moi,* impotent. Car le dévouement de tous les miens ne pourra m'entretenir longtemps dans cette maison. Si je sors de cette maison *non guéri*, que devenir? Avant d'y entrer, le spectacle de mon martyre d'insomnie a été un martyre pour ma femme. Comment retourner près d'elle avec en plus la désespérance d'avoir reçu des miens un tel sacrifice inutile?

« Voilà, Monsieur le Docteur, ce que j'aurais voulu pouvoir vous dire plus complètement l'autre jour. Me pardonnez-vous de l'ajouter maintenant (1)? Songez

(1) Le malade l'avait rabâché à satiété pendant la consultation.

à ma vie, à ma femme, à mon bébé. Dites-moi ce qu'il faut faire pour les miens. Protégez-moi contre mon affreux désespoir de leur être une charge et une douleur. Dites s'il est un moyen plus rapide, plus sûr de guérison ; quel est-il ? L'effort que vous me demandez pour changer mon inconsciente « volonté » est chez moi *constant*, mes nuits et mes jours sont des batailles. Mais puis-je oublier la *réalité*? Que ma femme souffre par moi, que son avenir, celui de mon fils sont en danger *par moi*. Me priver de recevoir la lettre de ma femme ne peut qu'augmenter mon inquiétude et ma souffrance, car il est *impossible* que je puisse oublier mon fils et ma femme. Sans nouvelles d'eux je m'inquiéterais plus, bien plus ! Au contraire ces lettres qui sont d'un être radieux et héroïque sont toute ma joie. S'il faut que mon esprit se calme, je crois que la lettre de ma femme, que sa vue même me sont nécessaires. Mais, Monsieur le Docteur, je me garderai d'aller contre votre expérience et votre science éminentes. Si vous avez déjà soigné des insomniaques aussi profondément atteints, affectifs et douloureux que moi, par des méthodes plus dures, dites-le moi, j'aurai confiance, j'ai toute confiance en vous (1). Je vous jure que je n'ai point d'autre mal, d'autre *phobie* que ne pas dormir, et aussi ne pouvoir vivre et gagner le pain de ma femme et de mon enfant, faire le malheur des miens, *voilà tout ce dont je souffre horriblement*. Dès que le sommeil naturel reviendra huit nuits de suite, je suis sûr de retrouver mon âme claire et heureuse d'autrefois.

« A vous..., Monsieur le Docteur. J'espère encore en vous de toutes mes forces.

« D.. ... »

« P. S. — Encore une question (2), Monsieur le Docteur, et veuillez me tout pardonner.

« Si, au bout de deux ou trois mois, temps extrême des sacrifices que les miens pourront faire pour me garder ici en traitement, ou même simplement si d'ici q. q. temps les médicaments qu'on me donne pour dormir dans cette maison ne suffisaient plus à leur rôle, dites, je vous en supplie, *comment faire* pour retourner chez les miens, subir l'horrible martyre de l'épuisement nerveux, et échapper à la hantise, à l'impulsion d'une *catastrophe de désespoir* ? C'est tout le sens de la lettre écrite à mon père, *je sais* que je ne puis vivre sans dormir ou sans un épuisement nerveux inouï qui sûrement me surexcitera et me poussera à un acte de folie. Dites, Monsieur le Docteur, pensez à cette hypothèse, je vous en supplie et *protégez-moi contre ces faits menaçants*...

« Songez-y, les miens ne pourront toujours faire l'immense sacrifice. Alors que devenir ? ......

On pourrait citer bien d'autres variétés de ce genre d'anormaux raisonneurs.

Lorsqu'on examine bien ces individus, on s'aperçoit qu'ils ont un *esprit faux généralisé*, mais pourtant assez vigoureux pour

(1) Malgré ces protestations perpétuelles de confiance, le malade n'a jamais voulu accepter le traitement prescrit.

(2) Question que D... n'a cessé de poser au médecin à chaque visite.

ne pas être classés dans les débiles (voyez plus loin), bien que la ligne de démarcation ne soit pas tranchée. De plus, à l'occasion d'un accident qui intéresse leur personnalité, la fausseté d'esprit se révèle plus accentuée dans l'interprétation de cet incident et de ses corollaires, accompagnée d'un grand déploiement d'effort logique et de la manifestation de l'importance énorme qu'ils attachent à eux-mêmes et à leurs idées. Ces anormaux, les raisonneurs, convaincus, luttent pour leur idée et contre le médecin et même au besoin contre tout le monde. Ils sont tout à fait l'opposé des obsédés, qui doutent de leurs idées fausses et luttent contre elles en recherchant l'appui du médecin.

Les pamphlétaires. — A côté de ces raisonneurs on peut ranger une classe d'esprits très voisins qui montrent autrement leur fausseté d'esprit. Ce sont les pamphlétaires : critique acérée, combativité, méchanceté, ironie, souvent mauvaise foi, tout comme chez les persécuteurs; mais fausse appréciation de l'importance, de la valeur relative, de l'opportunité de leurs critiques qui sont parfois très exactes. L'étude approfondie de l'état mental de ces anormaux serait fort intéressante : on connait assez de pamphlétaires célèbres vivants ou morts pour avoir un riche matériel d'étude.

Traitement de la « folie raisonneuse ». — Le traitement employé vis-à-vis de ces anormaux peut beaucoup pour *aggraver* leur état de surexcitation psychique et peu pour les calmer. Cependant, s'il ne peut être question de guérir de pareils anormaux, il faut pourtant se demander ce que l'on doit faire d'eux, pour eux et pour les autres. Leur intelligence est si rapprochée de la normale qu'il est bien difficile de les considérer comme de vrais fous, sauf dans quelques cas où les idées fausses sont vraiment délirantes. Mais l'asile ne leur réussit pas, ne les calme pas; au contraire, il ne fait que les exciter davantage et, qui pis est, ils y sont très nuisibles pour les autres malades. J'ai vu souvent ces anormaux se contenir une fois relâchés de l'asile, afin de ne pas y être ramenés, ce qui prouve qu'ils sont assez intelligents pour comprendre l'intérêt qu'ils ont à se taire. Aussi je crois qu'il serait préférable de les *traiter comme des criminels ou délinquants*, quand ils tombent sous le coup des lois; ils ne sont pas plus ni moins anormaux que ces derniers, et cela réussirait mieux à les calmer et à mettre à l'abri les gens qu'ils persécutent. — Tout en reconnaissant les criminels, les fous moraux, les persécuteurs raison-

nants et autres déséquilibrés qui n'ont pas de troubles grossiers de l'intelligence comme des *anormaux*, je le répète, je crois meilleur de les déclarer justiciables de la thérapeutique pénitentiaire. C'est à mes yeux le moins mauvais des expédients. Il va sans dire que je ne conseillerais jamais l'internement dans un asile d'aliénés de malade tels que Dur... (p. 534). D'abord parce qu'ils ne sont *pas assez fous*, ensuite parce que cela leur serait nuisible, ensuite parce que cela donnerait sûrement lieu à une histoire de séquestration arbitraire. Il ne suffit pas d'être un anormal ou même un aliéné avéré pour être enfermable et enfermé. *C'est une question d'espèce.* Aussi vaut-il mieux, quand ces anormaux sont enfermés, les relâcher. C'est la conduite que j'ai tenue pour maints d'entre eux envoyés dans mon service à Bicêtre. Je pense que le médecin, tout en n'empiétant pas sur les attributions du légiste, peut indiquer discrètement à celui-ci que la fameuse distinction de responsable et irresponsable, suivant que les gens sont normaux ou anormaux, n'a pas de sens. Il s'agit pratiquement de savoir ce qu'il y a de plus efficace ou de moins inefficace à employer pour eux : la crainte ou la médecine. Ne sait-on pas que, même chez les fous, la première peut agir parfois favorablement pour les faire tenir tranquilles? Je ne puis m'étendre sur ce sujet, qui comporterait de longs développements, sur la réforme des procédés de protection contre les extra et anti-sociaux. La prison est d'ailleurs un moyen de traitement bien imparfait, et il est sûr qu'il serait plus utile pour la société de *prévenir* la formation de tous ces anormaux. C'est encore une question médico-sociale.

Débilité mentale (la sottise).

(Les Sots.)

Il est assez difficile de donner une définition précise de la débilité mentale, d'autant plus que ce genre de fausseté d'esprit se rencontre souvent avec l'arriération réelle, tout en étant distinct. Quelques exemples montreront tout au moins le genre de jugement faux qui est à la base de cette anomalie mentale si importante.

Dans un hôtel de province se trouvait un Français au milieu d'Anglais et d'Anglaises avec qui il causait dans leur langue. Une autre Anglaise, Mme Smi..., s'approche et lui demande un renseignement auquel il fut répondu

correctement, mais avec un accent français énorme. La dame remercie et ajoute : Est-ce que vous êtes Anglais? Voilà un manque de jugement de débile; non pas d'avoir pris le monsieur pour un Anglais, ce qui était impossible, mais de ne pas s'être aperçue qu'un pareil compliment (les débiles sont souvent des complimenteurs et des gens trop polis) ne pouvait être admis par celui auquel il s'adressait, conscient de son abominable accent. La dame portait sur sa figure le masque du débile avec cet air de satisfaction niaise qui le complète si souvent.

Etant à l'étranger il y a quelques années, j'ai pu observer de près un débile M. Bro..., dont je regrette fort de ne pas avoir noté textuellement les propos si typiques. Cet homme qui était financier et avait gagné une belle fortune, ce qui prouve que la débilité mentale, comme j'y insisterai tout à l'heure, n'est pas incompatible avec le succès social, cet homme, dis-je, avait fini, à cause de sa sottise, par se mettre à dos tout le monde, particulièrement un jeune homme assez tranchant de qui il avait essuyé maintes rebuffades sans les comprendre. Un jour, après avoir dit une nouvelle sottise à ce jeune homme, il ajouta : « D'ailleurs, vous qui êtes si joli garçon...... » C'était un manque de tact qui mit le comble à la fureur du jeune homme.

Le *manque de tact* est une erreur qui peut tenir à plusieurs causes, mais ici il faisait partie du même cadre, la *débilité*, qui est un manque de *tact perpétuel* dans tous les jugements fins ou à peu près fins. Parmi les jugements, il faut bien tout de même qu'il y en ait suffisamment de normaux, ceux qui sont assez « gros », puisque beaucoup, la majorité des débiles vivent dans la société et même y réussissent par un certain côté.

Je viens de parler du manque de tact ; une erreur voisine est ce qu'on appelle familièrement la *gaffe*, mais la gaffe est perçue le plus souvent par son auteur, tandis que le manque de tact n'est pas reconnu par celui qui s'en rend coupable.

Le financier ci-dessus, qui avait le masque typique du débile, était enchanté de lui-même et ne s'expliquait pas certaines avanies qu'il avait reçues et à la fin senties. *Sottise et vanité* marchent de pair. Par un certain côté cette débilité est l'opposé de l'esprit de finesse. On s'explique alors en partie la réussite de ces esprits dans le monde, en comparant leur jugement à un crible qui permet le passage des plus grosses comparaisons, ressemblances ou dissemblances utilisables pour la vie pratique, mais qui ne retient pas les plus fines, conditions du travail intellectuel réellement supérieur.

Voici maintenant une débile d'asile avec complication d'arriération mentale et aussi d'épilepsie :

Débilité mentale. — Arriération. — Epilepsie. — Marthe Vig..., âgée de 37 ans, entrée à la Salpêtrière le 14 mai 1910.

C'est une épileptique depuis l'âge de 12 ans. Elle est arriérée, en ce sens qu'elle n'a pu acquérir une instruction suffisante; elle lit et comprend peu ce qu'elle lit, elle écrit, mais avec beaucoup de fautes d'orthographe, elle calcule un peu. Son instruction générale est très restreinte. — Dans le service elle aide au ménage et fait de la dentelle au crochet. Elle est parfaitement adaptée à l'asile. — C'est non seulement une épileptique et une arriérée, mais aussi une débile. Sa physionomie est typique; toujours proprement mise, bien coiffée (ce n'est pas elle qui se coiffe, mais elle demande à se faire coiffer de telle ou telle façon), avec des bijoux innombrables le jeudi et le dimanche (jours de visite), elle a un air niais de satisfaction d'elle-même bien caractéristique. Elle se rengorge quand elle parle à quelqu'un. Sa mimique intellectuelle est par contre extrêmement pauvre. Les muscles frontal et pyramidal du nez ne fonctionnent presque jamais, n'ont pas une ride, et l'orbiculaire, partie inférieure des paupières, ne bouge pas souvent non plus, car ce sont les muscles intellectuels; cette immobilité donne à la physionomie du débile un aspect spécial que j'appelle le *masque du débile*. — Cette satisfaction que des débiles plus élevés dans l'échelle ressentent, mais montrent moins naïvement, se marque par ses propos et même ses écrits. Ainsi, priée d'écrire ce qu'elle voudra, elle écrit spontanément : « je me plait Bien ici je fait ce qui faut et je suis contente de Moi »; généralement quand on lui demande comment elle va, elle répond qu'elle va très bien et qu'elle est contente d'elle-même. Elle est d'ailleurs fort polie et ne manque jamais à la visite, eût-elle lieu à 9 heures du matin, de vous souhaiter un « bon appétit, messieurs! » qu'elle profère avec la satisfaction évidente d'être si bien élevée. Si on lui fait remarquer que c'est un peu tôt pour ce souhait, elle répond : « Oh! ça ne fait rien. » Un matin elle entre dans mon cabinet pendant qu'on était en train de parler de l'enseignement de la médecine mentale à Bordeaux et je lui demande : « Savez-vous ce que c'est que Bordeaux? » Elle répond: « Oh! je ne sais pas.... c'est bien ennuyeux. » — « C'est une ville. » Alors elle répond: « Ah bien! ah! tant mieux! »

On lui fait lire dans un livre de classe de petites histoires pour les enfants. On prend d'abord celle appelée les Saisons, où chaque saison est personnifiée par un personnage. Elle lit: « M. L'Hiver.....

D. — Qu'est-ce que M. L'Hiver?

R. — Un monsieur qui se promène toujours en hiver.

D. — Pourquoi l'appelle-t-on M. L'Hiver?

R. — Parce qu'on ne sait pas son nom.

On lui fait lire « Le Facteur ». Et on lui pose des questions dites d'intelligence:

D. — Pourquoi le facteur n'est-il pas un vieillard?

R. — Parce qu'il est un peu jeune.

D. — Qui habille le facteur?

R. — Le coupeur-tailleur.

. . . .

On lui fait lire une autre histoire où il est question de fourmis; elle les confond avec des souris. Mais elle n'est presque jamais à court de réponses.

Débilité mentale. — Arriération. — Epilepsie. — Une autre malade de la Salpêtrière, Rac..., est aussi satisfaite d'elle-même que Marthe V...; elle est prodigieusement contente de son savoir-vivre. Elle a beaucoup plus d'instruction que Marthe : elle lit couramment des livres au-dessus de sa portée, et elle écrit correctement sans une faute d'orthographe, ce qui lui permet à chaque 1er janvier d'écrire au médecin un compliment ampoulé pour l'assurer de son « profond dévouement ». Elle ne manque jamais d'ailleurs de saisir toutes les occasions de vous affirmer avec emphase et une expression de vanité satisfaite des plus risibles toute la considération qu'elle a pour son interlocuteur : « Daignez agréer, Monsieur le Docteur, l'hommage de mon profond respect! » Pendant toutes ces démonstrations sa mimique intellectuelle est nulle : elle porte le masque du débile aussi marqué que chez Marthe V... Malgré ses prétentions à l'instruction, elle n'en a qu'une assez restreinte : elle lit un livre qu'on lui a prêté sur la fabrication du gaz (!), mais si elle n'y comprend rien, ce qui est peu étonnant, en revanche elle se vante de son savoir sur ce sujet, et ce savoir est nul. Mais cela ne la démonte pas. Je l'interrogeais sur l'histoire et la géographie, à propos desquelles elle m'avait dit que je pouvais la questionner comme je voudrais, et comme ses réponses révélaient une ignorance presque totale, je terminais l'entretien en lui disant : « Je vous remercie, mademoiselle ». Elle me répondit avec satisfaction et afféterie : « Vous pouvez m'interroger sur tout ce que vous voudrez, Monsieur le Docteur! » Cependant elle avait manifesté au début un peu de mécontentement d'être dérangée de son travail à l'atelier, de crainte de perdre ainsi quelques sous qu'elle se réserve étroitement.

La débilité mentale est donc essentiellement constituée par un certain genre de fausseté de jugement (1), s'exerçant quel que soit le degré des acquisitions intellectuelles, puisqu'on peut la rencontrer dans toutes les couches, fonctions et dignités sociales. Elle est souvent associée à une bonne mémoire chez ceux qui atteignent une situation dans le monde, et à une facilité d'élocution qui, mémoire et faconde, peuvent, pour des gens non avertis, masquer le déficit intellectuel. Littré, dans son dictionnaire, fait une distinction très nette entre *bêtise* et *sottise*. On lit en effet à la fin de l'article Bêtise :

« Syn... bêtise et sottise. La bête est dans bêtise, tandis qu'elle n'est pas dans sottise, c'est ce qui distingue ces deux mots. La bête est bornée, a peu d'idées; la bêtise est dans tout ce qui provient de l'ignorance, d'un esprit sans portée, d'une intelligence sans lu-

(1) Bérillon a décrit sous le nom « d'aphronie » quelque chose de différent au Congrès des aliénistes et neurologistes de 1910 (Voy. Bérillon, Les aphronies et les aphroniques, essai de psycho-pathologie du jugement, *Revue de Psychothérapie*, 1er septembre 1910, p. 67). Il s'agit de gens qui ne savent pas se conduire dans la vie, qui manquent de jugement pratique. C'est encore une variété de fausseté d'esprit.

mière, et même parfois d'une intelligence distraite ou mal informée de certaines choses. La Fontaine, en raison de ses simplicités, était parfois une bête ; mais il n'était jamais un sot. En effet, la sottise est caractérisée par l'absence de jugement, absence qui ne permet pas au sot de se méfier jamais de ses idées. Il peut y avoir des bêtes parmi les gens d'esprit, mais il n'y a pas de sots. Il peut y avoir des sots parmi les savants; la science ne préserve pas de la sottise.»

Si on remplace le mot bêtise par arriération et sottise par débilité mentale, on voit que Littré nous indique bien le diagnostic entre les deux.

Débilité mentale. — Enorme vanité. — Épilepsie. — Ric... était un épileptique débile à accès rares, qui était employé, il y a de nombreuses années, à la bibliothèque des internes de Bicêtre. Il posait pour le docteur et était toujours coiffé d'une calotte de velours. Il mettait en ordre les livres, mais il faisait semblant de s'intéresser à leur contenu, il faisait semblant de les lire, et on le surprit un jour plongé dans un traité d'anatomie qu'il tenait à l'envers. Il avait un ton protecteur impayable envers les autres malades, l'aspect important et affairé, et il faisait la joie de la salle de garde par sa sottise emphatique et son énorme vanité.

A cette fausseté spéciale du jugement s'allient donc ordinairement une *vanité énorme* et, surtout chez les anormaux des classes inférieures, une *exagération* de *politesse* et des *prétentions* aux belles manières, parfois une préciosité, un *maniérisme* qui rappelle celui des déments précoces. J'ai d'ailleurs vu chez un monsieur qui exerçait une profession libérale une débilité mentale évidente, unie à une *obséquiosité* gênante, qui me paraît très près de l'exagération de politesse. Une conséquence de la débilité est une *crédulité extrême* qui rend souvent les débiles le jouet de leurs compagnons de classe ou d'études : je me rappelle un condisciple de ce genre à qui l'on faisait faire des choses invraisemblables, et pourtant ce jeune homme est arrivé à une situation des plus honorables dans la société parisienne. Beaucoup de ces débiles sont la proie des charlatans, des rebouteurs, des spirites, et constituent certainement une bonne partie des dévots et dévotes (Je distingue expressément dévot et esprit religieux ; je crois qu'on peut être intelligent et religieux, mais pas dévot). Ce sont eux aussi qui prennent par *contagion mentale* les folies systématisées, surtout de persécution (voyez l'observ. de Ber... H.) et religieuse. Cette crédulité s'exerce non seulement à propos des autres, mais

aussi à propos des propres pensées du débile, qui n'en fait jamais la critique ou l' « auto-critique », suivant une nouvelle expression qui ne veut rien dire de plus. Il n'est pas non plus capable de résister à certaines impulsions qui prennent entièrement possession de son esprit. C'est ainsi que le suicide comme que je l'ai montré (p. 43), peut se produire chez lui avec une facilité extrême, on pourrait dire par pure sottise. Je rappelle en même temps comme bel exemple la lettre que le malade Jour... (p. 43) écrivit à sa femme quand il voulut se jeter à l'eau. Enfin on rencontre fréquemment chez des débiles des folies aiguës et chroniques, ce qui a fait penser que le terrain de la débilité est nécessaire à l'éclosion de la folie. Quelques auteurs décrivent même les folies aiguës sous le nom de *délire d'emblée des débiles* (voyez au chap. Folies aiguës). Cette question ne sera pleinement résolue que par une connaissance plus approfondie de la débilité, car ce que j'en ai dit n'est qu'une *ébauche* de ce que l'on doit attendre d'une étude méthodique et minutieuse.

On sait que lorsque la débilité est très marquée, le délire de la folie qui naît sur un pareil terrain est particulièrement peu cohérent et très « sot » (voyez l'exemple de Ver... N.), si bien que parfois il ressemble à celui que présenterait un paralytique général. Le jeune homme dont je parlais plus haut, débile, et jouet de ses camarades, a fait une fois dans sa vie un accès de folie aiguë des grandeurs qui a été prise, paraît-il, pour de la paralysie générale. Cela montre que la débilité transparaît à travers le délire et qu'il y a utilité à la reconnaître (1).

Exposé général.

La débilité mentale, qui paraît souvent *héréditaire*, est caractérisée par une fausseté généralisée du jugement, un « manque de jugement », qui atteint surtout les jugements les plus fins dont est capable le débile, suivant son degré d'instruction et de développement intellectuel. C'est ce qu'on appelle littérairement la *sottise*. Il est difficile de la définir plus précisément.

La débilité, la sottise, se peignent sur la figure de l'anormal. Le *masque du débile* est caractérisé par l'immobilité absolue ou

(1) Voyez à ce sujet une thèse inspirée par Séglas : Boiron, Contribution à l'étude du diagnostic de la P. G. Le délire des P. G. et des faibles d'esprit, Paris, 1889.

relative des muscles supérieurs de la face. Ils ne sont pas atrophiés (1), mais ne fonctionnent pas ou rarement.

Cette anomalie mentale s'accompagne de : *vanité*, haute opinion de soi-même ; *prétentions* diverses, aux belles manières, à l'intelligence, etc. ; *crédulité* extrême, *absence de sens critique* pour les pensées d'autrui et les siennes propres.

Elle n'est *pas incompatible* avec l'activité intellectuelle, une excellente mémoire et un don de la parole parfois remarquable.

Complications fréquentes : les autres formes du déséquilibre mental ; l'arriération mentale ; l'infantilisme mental (p. 260) ; l'esprit « *borné* », forme voisine, que je signale seulement.

Elle est *peut-être* le terrain indispensable à l'éclosion de certaines folies, avec lesquelles, en fait, elle coexiste souvent.

Elle est *congénitale* et *incurable*.

Le *diagnostic* doit être fait d'abord avec :

L'*arriération mentale* qui est très voisine dans ses degrés supérieurs, mais en diffère par ce fait que les erreurs de jugement sont dus à l'ignorance provenant de l'incapacité psychique d'acquérir ou de l'impossibilité sociale de recevoir l'instruction, par l'absence de vanité et l'absence du masque typique du débile.

Les *démences :* il y a perte de mémoire, diminution du travail intellectuel ; les erreurs du jugement dans les cas peu intenses sont partiels et marquent plutôt des oublis ou sont énormes ; il y a une autre attitude, une autre mimique, d'autres signes de telle ou telle démence et des signes physiques. Le *masque du P. G.*, qui ressemble à celui du débile, est bien plus complet et se constate ordinairement à un moment où la démence ne peut plus faire de doute.

Les cas où il y a *confusion*, *stupeur légère*, peuvent présenter quelques difficultés : rechercher les autres signes de la confusion ou de la stupeur.

Le diagnostic peut être difficile quand il y a à la fois débilité et arriération, débilité et stupeur ou confusion, débilité et démence.

Enfin il faut chercher souvent si *derrière* un délire il y a débilité mentale. Ce qui aide alors le plus est la constatation du masque du débile. Cette question de la débilité sous-jacente au délire à distinguer de la démence commençante est parfois des plus difficile à résoudre.

Le *traitement* est nul ; on ne fait pas d'un sot un homme d'esprit.

(1) Mon ami, le docteur Huet, a bien voulu examiner électriquement les muscles frontaux de plusieu débiles ; il n'y a rien trouvé d'anormal.

CHAPITRE V

IMPUISSANCES PSYCHIQUES

Sommaire. — *La neurasthénie et les obsessions.* — *La neurasthénie constitutionnelle.* — Un exemple montrant le fond neurasthénique mental et somatique, la fatigabilité et les crises surajoutées; l'obsession sous ses différentes formes, mais très atténuée.

La neurasthénie acquise. — Mêmes symptômes, mais avec obsessions moins fréquentes.

Neurasthénie plutôt somatique chez les uns, plutôt mentale chez les autres, ou psychasthénie. Étude plus particulière de cette dernière (constitutionnelle), surtout dans ses paroxysmes.

Obsessions, peurs et autres paroxysmes. — Un exemple d'obsession avec crainte presque permanente. Début par un rêve. — Exemple d'obsession avec crainte des chiens enragés et « délire du toucher ». Superstitions. Paroxysmes graves. — Exemple d'obsessions de ne pas pouvoir faire, doute, pseudo-hallucinations visuelles, etc. — Autres exemples d'obsessions diverses : — Peur des couteaux, avec grand retentissement somatique, avec autres anomalies variées. — Peur de descendre un escalier. — Peur du temps, accès d'angoisse. — Peur de ne pouvoir s'habiller. — Peur de se jeter par la fenêtre. — Peur par association fortuite. — Peur de mourir. — Recherche angoissante des mots. — Obsessions multiples débutant à trois ans, trucs de défense, superstitions, tics, arriération et débilité mentale, etc. — Le suicide par vérification.

Rappel des cas nombreux étudiés pour leurs éléments à la sémiologie.

Exposé général de la neurasthénie et des obsessions.

Classification générale des obsessions et autres formes de paroxysmes de la psychasthénie.

Tics. — Une observation. L'état mental du tiqueur est constitué par l'infantilisme de la volonté. Rapport avec l'obsession. Variétés du tic.

Impulsions. — Les impulsions liées au seul déséquilibre mental seraient « conscientes », irrésistibles, accompagnées d'angoisse et, une fois accomplies, suivies de soulagement. Il est douteux que la plupart d'entre elles puissent arriver vraiment à l'acte sans complications. *Liste des principales impulsions.* Les voleurs des grands magasins. Utilité du châtiment pour leur traitement.

Appendice. — Anomalies d'association. *Audition colorée ;* « Photismes ».

Neurasthénie et Obsessions. (1)

(Folie du doute, Délire du toucher, Craintes, « Phobies », Psychasthénie.)

On décrit sous ces noms un certain nombre de symptômes assez

(1) Arnaud, in *Traité de Ballet*, p. 668. — J. Séglas, *Leç. clin.*, p. 57. — A. Pitres et E. Régis, *Les obsessions et les impulsions*, Paris, 1902. — P. Janet, *Les névroses*, Paris, 1909. — Henry Meige, art. Neurasthénie, in *La pratique médico-chirurgicale*, Paris, 1911.

frappants d'un état mental particulier, mais qui n'est rien de plus que ce qu'on appelait délire émotif de Morel, pseudo-monomanie de Delasiauve, état mental des neurasthéniques. Ces symptômes ne sont pas les seuls, il y en a bien d'autres qu'il est assez difficile de classer. Je ne donnerai ici qu'une vue d'ensemble de l'état mental du neurasthénique ; pourtant j'y ajouterai des observations d'obsessions assez singulières qui serviront de type pour toutes les autres, ainsi que pour les innombrables détails « psychasthéniques »qu'il faudrait un volume pour raconter.

Neurasthénie constitutionnelle. — Je commence par celle-ci parce qu'elle est la plus complète.

Début dès l'enfance. — État mental permanent du neurasthénique constitutionnel. — Obsessions indifférentes. obsessions avec crainte, obsessions interrogatives (folie du doute), avec conséquence d'actes (délire du toucher), crises d'angoisse pure, « manies mentales ». — État chronique de la folie du doute, état neurasthénique somatique,— le tout très atténué. Rub..., fonctionnaire, âgé d'une cinquantaine d'années (1).

Névropathie du côté maternel ; la mère a de l'incertitude de la volonté ; elle est très émotive et fatigable, avec de temps en temps des troubles nerveux indéfinissables. Père migraineux et arthritique.

Le malade dans son enfance était délicat et nerveux ; il souffrait de douleurs variées dans les membres inférieurs, dont une assez fixe au talon gauche (topoalgie) qui fut longue à disparaître, hallucinations hypnagogiques de bariolages colorés. Colères fréquentes. Etant au Lycée et étudiant les mathématiques en troisième et en seconde, il se demandait souvent s'il comprenait bien. Il avait peur de ne pas comprendre, même s'il avait compris. Ce doute persista très atténué jusqu'à la fin des études ; ce n'est que plus tard que le malade s'est rendu compte de la nature anormale de ce doute. Par ailleurs, quoique bon élève, il manquait de confiance en lui-même ; pourtant il n'a jamais été timide, mais très renfermé. Dyspepsie nerveuse à l'âge des baccalauréats et des concours. Migraines fréquentes et très violentes. Peu apte aux exercices du corps qui le fatiguaient beaucoup. D'ailleurs intelligent, mais sans grande mémoire, travaille beaucoup et réussit dans sa carrière. Mais, homme cultivé et s'examinant lui-même avec intérêt, il a remarqué qu'il a toujours été craintif, pessimiste, scrupuleux et très émotif. Il ruminait aussi sans cesse certains mots qui l'avaient frappé ; il avait par moments de la peine à rassembler ses idées, à les fixer, surtout lorsqu'il calculait (très mauvais calculateur). Il se fatiguait très vite et travaillait très lentement. Très préoccupé de certaines douleurs qu'il ressentait parfois dans la mâchoire, il croyait qu'il avait des maladies nerveuses. Il avait surtout peur du tétanos dont il avait entendu parler.

Tous ces signes se sont surtout accentués à partir de 30 ans, après une crise d'obsession interrogative qui a duré huit jours. En sortant de chez lui il se demandait s'il avait oublié son porte-monnaie et il tâtait sa poche cinq

(1) Bien des détails manquent, à cause des circonstances où j'ai vu ce malade.

ou six fois en descendant l'escalier. Il y avait un sentiment désagréable d'anxiété concomitant. A cet âge, ayant un assez gros travail à fournir, il remarque qu'il se fatigue facilement, qu'il fait de nombreux lapsus dans ses rédactions, qu'il prend les mots les uns pour les autres en parlant et même qu'il accouple par leur moitié deux mots synonymes, ainsi bavire, pour bateau; il dit jambe pour bras, chaud pour froid, haut pour bas, et réciproquement, etc. Il a la mémoire de l'escalier, mémoire retardée. Quelque temps après, à l'occasion d'un surmenage, crise caractérisée de neurasthénie physique avec insomnie et violentes douleurs. L'état mental à fond d'émotivité, de pessimisme, de rumination, s'accentue avec des troubles dyspeptiques qui reparaissent à plusieurs reprises, avec préoccupations pseudo-hypocondriaques, faiblesse des membres inférieurs, difficulté à marcher, « plaque sacrée », douleur à la nuque, plus rarement céphalée en casque, insommie, palpitations, bouffées de chaleur, sensations bizarres dans les membres, sur tout le corps, impatiences, crampes, névralgies variées, etc.

Au milieu de tout cela, M. Rub... continue sa carrière avec succès, se soignant intelligemment et arrivant, par une hygiène rigoureuse, à pouvoir produire le travail demandé. Pourtant il y a des périodes où la rumination intellectuelle avec bavardage intérieur augmente, où il a plus de peine à fixer son attention, et cela surtout le matin. Entre 35 et 40 ans, il a noté qu'à plusieurs reprises il a eu des obsessions banales, indifférentes, qu'il a oubliées aujourd'hui, surtout des airs de musique. Il a éprouvé aussi un phénomène curieux, mais très fugitif : un état de satisfaction particulière à aller en omnibus, à entrer dans certaines boutiques. Cette satisfaction qu'il ne s'expliquait pas, ne durait que quelques instants. Ce phénomène n'est apparu que pendant quelques années. Il se rappelle pourtant une obsession bizarre par association. En entrant au W. C. chez lui, pendant quelque temps une phrase « et en ayant un revolver » lui revenait sans cesse à la mémoire, phrase à laquelle il ne pensait plus du tout le reste de la journée.

Vers la même époque de sa vie, il constate que faisant divers projets pour lui ou des projets d'ordre social auxquels il s'intéresse, il rabâche ces projets sans aboutir à rien de précis; c'est une sorte de rêverie sur ces sujets, sans portée pratique. Il s'aperçoit de même qu'il aime à lire les catalogues des magasins de nouveautés, même sans avoir rien à y chercher; il y a là une sorte de « manie » de classification, qui va avec ces ruminations de projets imaginaires, et d'autre part avec l'accentuation de la « manie » de ranger chez lui et dans ses occupations professionnelles, ce qui le fait qualifier de vieux maniaque, de méticuleux par ses subordonnés. Depuis le même moment il a aussi une obsession interrogative, qui constitue une « folie du doute » très atténuée s'étant installée peu à peu, sans jamais devenir une crise à grand fracas. Il se pose cette question saugrenue : « est-ce que les femmes vraiment ont un anus? c'est trop dégoûtant de penser cela. » Et alors dehors quand il voit une jolie femme, ou pense à une femme quelconque, il se sent poussé à se représenter les organes génitaux et l'anus de la personne pour vérifier leur existence. Il ne s'est d'ailleurs jamais senti poussé avec ses maîtresses (il est célibataire) à opérer de visu cette vérification. En outre, il a une tendance aux obsessions avec crainte et « délire du toucher »; il a très peur du tétanos, comme je l'ai déjà dit, de la syphilis aussi, des microbes en général. Il lui est arrivé parfois

de prendre le pan de sa redingote pour toucher le bouton d'une porte, de peur que telle personne qui vient de tousser en passant n'ait souillé le bouton de salive projetée par la toux. Il se lave les mains fréquemment. Il n'aime pas non plus caresser les chiens qui lui sont inconnus, et il évite de se laisser salir par leur bave, car la rage est aussi pour lui un sujet de préoccupations un peu maladives. Entre temps il a eu, après un travail un peu intense, compliqué ensuite de fatigues physiques, des crises d'angoisse pure sans obsession.

Peu à peu, en prenant de l'âge, il est devenu plus émotif, plus craintif, plus douteur, plus incertain pour un certain nombre de choses, plus méticuleux. Le doute ayant aussi envahi la sphère morale, il est plus scrupuleux qu'autrefois. A plusieurs reprises il a eu de légers accès de doute à propos des travaux de sa fonction, vérifiant trop scrupuleusement ce qu'il a écrit, par exagération de ses responsabilités. Il regarde aussi plusieurs fois si les lettres qu'il va mettre à la poste sont bien cachetées, etc. Ses différentes obsessions ne le gênent d'ailleurs guère, pas plus que son « délire du toucher », car sauf à quelques moments où elles ont eu des velléités de paroxysmes, elles sont très atténuées, permanentes et chroniques. C'est ainsi que depuis un an ou deux il a remarqué un nouveau symptôme très léger et qui s'installe lentement : il s'étonne un peu de voir les hommes et les femmes tels qu'ils sont, avec une tête, des yeux, une bouche, etc. ; cela lui semble un peu étrange ; il lui semble qu'il remarque cela pour la première fois. Ce sentiment de « jamais vu » est très léger et réapparaît fréquemment surtout dans les circonstances où il médite sur la situation de l'Homme dans la nature. Car c'est un esprit cultivé qui aime à se livrer aux considérations philosophiques.

Ce malade nous montre d'une façon très claire l'état du neurasthénique constitutionnel et dans la famille duquel il y a des affections nerveuses névropathiques et neurasthéniques (mère). Dès l'enfance il a le doute, l'incertitude, le manque de confiance en lui, l'émotivité, le scrupule, la crainte de l'avenir. Pourtant il lui manque pour être complet la timidité, le besoin de direction, d'affirmation, d'action; mais il aime un peu trop la vérification, la précision. La mémoire est retardée, il y a de la rumination, du mentisme. Les idées sont lentes à venir, confuses; l'attention est souvent difficile, instable; il se fatigue vite, etc. La neurasthénie physique avec douleurs variées, troubles dyspeptiques, préoccupations pseudo-hypocondriaques, etc. est constante avec crises paroxystiques sous l'influence de la fatigue, des émotions, etc. Bref, c'est la *fatigabilité* du système nerveux qui, sentie par le malade, fait le fond somatique de cet état, car la fatigue donne en raccourci l'ensemble symptomatique de la neurasthénie.

Il va sans dire que tout cela s'est accru avec l'âge, surtout la rumination; la tendance aux différentes obsessions, « phobies », « manies », a augmenté; mais il y n'a que de rares crises caracté-

risées, très atténuées, à l'occasion de fatigues, de même que le fond neurasthénique psychique et somatique est en somme peu développé, puisque ce malade a pu toujours travailler et suivre honorablement sa carrière. Malgré l'atténuation de l'obsession, paroxysme apparu sur ce fond primitif, on en reconnaît pourtant les caractères fondamentaux: involontaire, automatique, reconnue absurde par le malade, étrangère à ses pensées ordinaires. Elle entraîne des réactions qui sont plus apparentes chez d'autres malades et chez lesquels je les ferai remarquer. Au total, on voit d'une part un état de neurasthénie physique et somatique banal et d'autre part une ébauche d'obsession et de folie du doute, qui peut être considérée comme *le côté mental* de la neurasthénie, et que pour cette raison on appelle maintenant *psychasthénie*. Ce côté mental, cette psychasthénie est surtout développée dans la *neurasthénie constitutionnelle*.

Neurasthénie acquise. — Cet état neurasthénique fondamental peut se développer à peu près tout pareil après les infections, les émotions répétées, le choc physique ou moral, le chagrin, les privations, etc., surtout, il va sans dire, chez ceux qui sont «prédisposés ». Le paroxysme obsession est beaucoup moins fréquent dans cette neurasthénie acquise.

Dans la suite, je ne m'occuperai guère que de la neurasthénie constitutionnelle où tous les symptômes sont bien développés. Je donnerai de nombreux exemples d'obsessions.

Obsessions et craintes. — L'observation suivante concerne une malade chez laquelle l'état d'obsession réelle est devenue chronique comme chez Rub..., mais bien plus intense, avec des paroxysmes nombreux.

Obsession avec crainte. — État permanent. — Chronicité de l'obsession. — Actes consécutifs. — Mme Bel..., 34 ans, consultation externe de la Salpêtrière, année 1886 (1).

Père très nerveux, colères, cauchemars, convulsions dans le jeune âge. Mère, rien. Une tante (sœur du père) hystérique. Un cousin (le fils de cette ante), idiot à Ville-Evrard. Le grand-père maternel buvait.

La malade a eu des convulsions à quatre ans au moment d'une variole. Terreurs le soir dans l'obscurité; cauchemars; accès de somnambulisme spontané (?). Peu forte à l'école. Douleurs de tête qui l'abrutissaient une fois réglée (douze ans); à chaque époque, migraines avec vomissements. Symptômes nerveux bizarres et variés (défaillances, battements de cœur, etc., etc); a toujours été impressionnable et craintive.

Mariée à vingt ans et demi; trois enfants, un mort de diarrhée à deux mois.

(1) La première partie de cette observation figure dans ma thèse : *Du rôle du rêve dans l'évolution du délire,* Paris, 1887, p. 44.

Le dernier mort-né. Une fille de douze ans, délicate, un peu craintive, maux de tête fréquents; de plus stigmate iridien de Féré. La malade a déliré au premier accouchement.

Il y a quatre ans, elle commençait à être plus émotive et plus craintive, lorsqu'une nuit, elle rêve qu'elle tue son mari et sa fille avec un grand couteau. Le matin elle s'assure que ce n'est pas vrai et elle dit : « Ah! mon Dieu! si je les avais tués! » A partir de ce moment elle ne peut plus voir un couteau sans avoir une peur atroce, avec angoisses, presque des défaillances, si on la force à prendre l'instrument tranchant ; elle a peur de faire du mal à quelqu'un, surtout à son mari et à sa fille qu'elle aime beaucoup. Jamais d'impulsion à prendre les couteaux. Dans la rue, quand elle sort avec sa fille, a peur que les militaires, bouchers, rémouleurs, etc., etc., ne fassent du mal à son enfant. Elle rêve fréquemment de couteaux; elle s'attache les poignets la nuit de peur de se relever et de chercher un couteau.

Ses craintes se sont étendues; n'embrasse personne de peur de mordre; a peur de se noyer dans un bain, a peur de regarder par la fenêtre.

Elle n'aime pas à toucher les plumeaux, souris, chats, etc.

Elle éprouve de l'angoisse quand elle parle à une personne antipathique : a peur de tout au total.

Hémiatrophie droite légère : iris droit plus étroit et plus foncé que l'autre.

Légère hémianesthésie droite au tact, douleur, température. Pas d'achromatopsie. Léger rétrécissement du champ visuel (?). Point hystérogène au sein droit et au sommet du crâne (1); a une main droite « de beurre ». Pendant qu'elle était enceinte, sorte de vertiges et pseudo-attaques.

10 octobre 1910. — Je revois la malade à la consultation de la Salpêtrière.

D. — Depuis que je vous ai vue, êtes-vous revenue?

R. — Oui, chez Monsieur Voisin, à plusieurs reprises.

D. — Eh bien, comment allez-vous?

R. — C'est toujours la même chose. Ainsi je suis contente de voir mes enfants; mais on ne peut être tranquille ensemble.

D. — Avec votre fils?

R. — Je l'embête tout le temps; il est venu hier, je l'ai embêté toute la journée et toute la nuit. Je le vois blessé. Je lui dis de ne pas me laisser l'approcher. Quand il mange, je lui dis de tout retirer pour ne pas rester chez moi, je vais dans les endroits où il y a beaucoup de monde. Par exemple, j'entrais à la laiterie Maggi, je vis une dame prendre son porte-monnaie et il y avait un marteau : j'ai craint de prendre le porte-monnaie et de frapper les gens avec le marteau.

Aussi je n'ose plus rentrer dans les boutiques : je reste une demi-heure à me dire : « Vais-je faire du mal à quelqu'un? » Par exemple, hier j'étais avec mon fils; avant d'entrer à la boucherie, je lui ai dit de me surveiller en cas qu'il me prenne une idée. De même pendant la nuit, je lui ai dit de se réveiller s'il m'entendait lever.

D. — Mais que sentez-vous?

R. — Comme si c'était une autre personne qui regarde dans mes yeux, qui

(1) Ces détails révèlent l'influence des idées de Charcot sur l'hystérie, alors prépondérantes à la Salpêtrière.

me pousse. Il me semble que je n'ai pas les mêmes idées que les autres personnes.

D. — Sentez-vous de l'angoisse?

R. — Oui, au moment où ça me prend; je sens que cela va venir. Mais maintenant.....

D. — Ça a augmenté?

R. — Oui; avant, je soignais mon ménage, mais je n'ai jamais pu manger avec quelqu'un.

D. — Et dans votre jeunesse?

R. — J'étais vernisseuse, je peinais au travail, et j'avais envie de me suicider. Puis, à mon mariage, sans savoir pourquoi, je ne pouvais voir ni hachette, ni couperet, ni couper du bois. C'est après ma fille que ça a commencé. Je me perdais dans la rue, je n'avais plus la tête à moi.

D. — Quel âge aviez-vous?

R. — Vingt et un ans.

J'ai eu une crise il y a trois ans en mettant du pétrole dans la lampe; j'avais peur de mettre le feu ou de me jeter par la fenêtre. Je suis restée couchée en ne sachant si mon garçon était mon fils ou mon mari. C'est depuis Jeanne Weber que j'ai peur comme cela.

D. — Et votre mémoire?

R. — Je cherche longtemps pour trouver.

D. — Où demeurez-vous?

R. — Rue de P...., 151. Mais je me perds dans ma rue des fois. Et puis, allant faire le marché, j'oublie ce que je viens chercher.

D. — Et la mémoire des noms?

R. — J'oublie les noms, et je reconnais tout le monde. La nuit je mets ma main droite dans un sac et je l'attache aux bords du lit tellement j'ai peur; c'est comme le jour, j'ai un brassard relié à ma ceinture.

D. — Combien font 5×7?

R. — 35.

D. — Répétez deux séries de chiffres.

(Elle les répète.)

D. — Que vous ai-je demandé immédiatement avant?

R. — Je ne me rappelle plus.

D. — Combien font 3×4?

R. — 12.

D. — Répétez ces deux séries de chiffres.....

(Elle les répète bien.)

D. — Et que vous ai-je demandé avant?

R....... Une multiplication....

D. — Laquelle?

R. — Je ne me rappelle plus.

D. — Qu'avez-vous pris à midi hier?

R. — Des nouilles.

D. — Et le soir?

R. — Je ne mange qu'une fois par jour.

D. — Toujours?

R. — A moins que je n'aie des restes.

D. — Lisez ceci (un fait divers).

(Elle lit bien.)

D. — Qu'avez-vous lu ?

R. — Je ne sais pas, je ne me rappelle plus. Je ne lis jamais les journaux ; je ne veux pas les voir.

D. — Lisez ceci (un fait divers).

(Elle rit et comprend ; elle explique la signification de la petite histoire.)

D. — Expliquez-moi ces deux proverbes :

« Pierre qui roule n'amasse pas mousse. »

« Au pied du mur on connaît le maçon. »

(Elle les explique très bien.)

D. — Voulez-vous me remettre les mots à leur place dans ces phrases? (ce sont les phrases suivantes dont les mots ont été écrits au hasard à la suite les uns des autres : Un bon ouvrier a plaisir à faire du bon travail. — Qui quitte sa place la perd.

(Elle n'y arrive pas.)

R. — Quant j'écris à mon fils, je lui demande s'il n'y a pas de bêtises dans mes lettres... Je n'ose pas écrire à personne à cause de cela.

D. — Et cette gravure.

(Elle explique très bien la signification de la gravure.)

D. — Vous ne voyez pas des couleurs, des lettres colorées en lisant ?

R. — Non.

D. — Vous n'avez personne de malade comme vous?

R. — J'ai un cousin à Ville-Evrard, interné. Ma fille est « drôle » et méchante.

D. — En quoi?

R. — Elle a 36 ans, m'a quitté depuis douze ans ; mais je me demande comment elle peut tenir une caisse : elle me donnait par semaine et depuis sept semaines elle ne me donne plus rien.

D. — Vous ne lui avez pas demandé pourquoi?

R. — J'aurais peur qu'elle me batte.

D. — Et votre père ?

R. — Il était nerveux, criait la nuit ; il a mordu l'oreille à ma fille ; il avait de drôles d'idées ; Il était coléreux.

Quand je suis seule, il me semble avoir des couteaux dans mon corps. J'en sens le froid dans le ventre.

D. — Pourquoi auriez-vous des couteaux en vous ?

R. — Je ne sais pas ; ça me gêne, ça me fait peur. J'ai la sensation de couteaux fermés dans le ventre ; des fois j'en sens à la gorge qui m'étouffent. Je voyais l'autre jour un monsieur passer en fiacre, j'ai cru que je lui tirais un coup de révolver; un jour je faisais un paquet, j'ai cru que j'étranglais quelqu'un avec la ficelle.

Signes somatiques ; tremblement des mains, nodosités d'Heberden.

12 octobre 1910 :

D. — Eh bien, comment cela va-t-il ?

R. — Oh ! hier j'ai eu les ramoneurs ; ils avaient des outils : je laissais la porte ouverte et ils la refermaient pour éviter les courants d'air : et j'étais obligée de la rouvrir chaque fois pour qu'ils puissent s'en aller si je

leur faisais du mal... Et j'ai le côté droit, le bras et la jambe tout drôles.

D. — Vous laissez tomber les objets ?

R. — Oui.

La nuit, à moitié réveillée, je vois des pendus dans ma chambre, ou je vois mon fils blessé.

D. — Vous ne rêvez plus de couteaux, que vous piquez des gens avec un couteau ?

R. — Moins.

21 octobre 1910 :

« Ce matin je ne voulais pas venir vous déranger, mais j'étais comme chassée de chez moi. Bientôt réveillée, je suis comme poussée par quelqu'un à sortir du lit. A mon idée je voudrais être attachée sur un fauteuil : je verrais ceux que j'adore voir et je serais contente.

26 octobre 1910. — Elle se lamente, elle dit qu'il lui semble que quelqu'un d'autre en elle la pousse à se faire du mal.

Elle avoue qu'elle est poursuivie par l'idée de suicide depuis six mois.

« Je crois toujours tenir dans les mains des choses dangereuses.

« Si je veux me toucher, il me semble que je me fais du mal.

« Si je me lave les mains, je crois me couper les mains ; si je me peigne, je crois que je me coupe le cou ; si je m'arrange, je crois que je m'ouvre le ventre.

« Je n'ai plus de volonté, je ne sais plus rien faire, je ne sais plus me commander. »

Fin 1910. — Elle revient de temps en temps, toujours en proie aux mêmes idées, chercher un peu de réconfort moral auprès du médecin. Elle demande à entrer dans un service d'aliénés, mais son fils s'y oppose.

7 février 1911. — A un des jours où elle est venue chercher un peu d'appui moral, elle raconte qu'elle a des sensations inexplicables : « Il me semble que le sol s'enfonce sous moi, que je m'enfonce dans le parquet. »

20 février 1911. — Elle revient ; elle dort bien quand elle vient ; mais elle n'ose consulter trop souvent de peur d'abuser du temps du médecin, dit-elle. Hier, son fils, militaire, étant venu passer la journée avec elle, elle s'est attachée tout le temps au fourneau de sa cuisine de peur de lui faire du mal. Elle souhaite d'être morte. Sur ma demande elle m'affirme que depuis son rêve, qui a marqué le début de l'obsession, elle n'a jamais cessé d'être obsédée un seul jour. Il y a eu des hauts et des bas, mais cela a été essentiellement chronique.

Le rêve a été ici le premier signal de l'obsession complète. C'est une petite particularité intéressante que j'avais signalée dans ma thèse. La malade a encore de temps en temps des rêves analogues. Mais l'état fondamental est constitutionnel, et il y a un état analogue du père. L'obsession avec crainte, idée désagréable de se faire du mal, amène des réactions d'angoisse violente et des actes de défense, car elle s'attache les poignets. Mais jamais il n'y a eu même un commencement d'exécution, ce qui est la règle presque invariable. On dit que l'obsession est « consciente » ;

sans doute, mais il faut pourtant que la malade croie à son idée-crainte, pour s'attacher le poignet. La reconnaissance de la nature pathologique subit des oscillations. Mme Bel... a aussi des *sentiments de dédoublement de la personnalité* : « Comme si c'était une autre personne qui regarde par mes yeux, qui me pousse, dit-elle » ; c'est ce qu'on appelle quelquefois le *sentiment de l'automatisme*. Des *pseudo-hallucinations* de la sensibilité générale (des couteaux dans le corps), des sensations bizarres dans la main et la jambe droite, avec maladresse de la main, des sensations généralisées, « comme si elle s'enfonçait dans le sol », de l'incapacité à fixer son attention, complètent un ensemble de symptômes qui ont au fond tous la même signification : elle ne sait plus vouloir. J'ai cherché s'il y avait diminution de la mémoire ou de la perspicacité ; malgré la longue durée de l'affection ces « facultés » sont intactes. Cet état lamentable, très intense et devenu tout de suite chronique avec des hauts et des bas, a entraîné des idées de suicide vagues, mais bien compréhensibles. La malade est devenue incapable d'un travail utile suivi.

La demoiselle Cou..., qui fait le sujet de l'observation suivante, a une obsession prédominante avec crainte des chiens enragés, accompagnée d'un « délire du toucher ». Ici encore famille tarée et début dans l'enfance. Les détails que je donne me dispensent de commentaires. Je relèverai seulement l'intensité de la crise paroxystique avec obnubilation relative au moment même et l'extension de l'idée obsédante par association de proche en proche. C'est un cas grave.

Début à 10 ans. — Obsession de superstition.— Obsession avec crainte des chiens (rage) et actes consécutifs (« délire du toucher »), passage à l'état chronique. — Cou... J., 34 ans, célibataire.

Observation prise, à la Salpêtrière, le vendredi 23 décembre 1898, par le docteur Eugène Bernard Leroy.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Mère nerveuse, s'impatientant facilement. Père bien portant, caractère indifférent, insouciant, apathique, en somme caractère très léger. Une sœur nerveuse. Une sœur morte de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Née à terme. Pas de convulsions dans l'enfance. A marché à 14 mois, parlé vers 18 mois. Rougeole à 5 ans. Jusqu'à l'âge de 10 ans, rien à signaler du côté du système nerveux.

A l'âge de 10 ans, J. C... vit un jour dans la rue un homme frappé d'une attaque d'épilepsie. Elle en fut très émue, et resta quelque peu obsédée par la crainte de la contagion. Quand il lui arrivait de repasser à l'endroit où avait eu lieu l'accident, elle faisait un détour pour éviter de marcher sur l'em-

placement que le malade avait, pensait-elle, pu contaminer. Arrivait-il qu'elle vît, dans la rue, une personne tomber pour une raison quelconque, elle s'en écartait soigneusement, craignant qu'elle ne fût aussi épileptique.

Cette idée disparut spontanément au bout de dix ou douze mois, mais peu de temps après (à 11 ou 12 ans) en survint une autre de même genre :

Etant à la campagne, le père de J. C... amena à la maison un chien qu'elle ne connaissait pas, et qui, disait-on, avait couru en liberté dans le pays pendant quelques jours. — Immédiatement cette idée s'installa dans l'esprit de la jeune fille que ce chien avait pu se trouver en contact avec des chiens enragés, et que, s'il ne l'était pas devenu lui-même, du moins devait-il véhiculer des germes contagieux. Elle en conçut dès lors une crainte exagérée et ridicule, évitant soigneusement tout contact avec l'animal, et grimpant au besoin sur les meubles, de peur qu'il ne l'approchât. Dès que le chien eut quitté la maison, elle n'y pensa plus.

Quelques années plus tard, âgée de 14 ou 15 ans, J. C... commença à être assaillie de multitudes de petites obsessions de courte durée, survenant à tous les moments de la journée, et ayant pour thème les événements les plus insignifiants. C'était le plus souvent l'impérieuse nécessité s'imposant à elle de répéter un nombre donné de fois un acte quelconque, par exemple une gamme au piano, et cela dans un but superstitieux.

Souvent l'idée obsédante s'ornait d'une pseudo-justification de forme superstitieuse : « Si je ne répète pas dix fois cette gamme, pensait par exemple la malade, certainement il m'arrivera un grand malheur ! » Elle cédait d'ailleurs toujours à l'obsession, presque sans lutte.

Vers 19 ans, la malade eut des sérieuses préoccupations d'argent ; sans négliger ses occupations antérieures (études musicales et leçons) elle fut obligée de s'occuper des affaires commerciales de son père, fort compliquées, et mal gérées, depuis plusieurs années.

Elle paraît avoir déployé alors beaucoup d'intelligence pratique et de ténacité, et d'autre part, ce surcroît d'activité eut au début un excellent effet sur son état mental : pendant plusieurs années, les idées obsédantes disparurent complètement.

Mais, vers 1889, J. C... veilla, se surmena, et c'est alors que commencèrent à se développer les accidents dont elle se plaint actuellement. Elle avait alors 24 ans.

J. C... avait un chien depuis onze ou douze ans. Elle n'en avait jusqu'alors jamais eu peur à proprement parler, quoiqu'elle ne fût pas sans éprouver à son égard un peu de la répugnance vague que lui causaient tous les chiens quels qu'ils fussent. Vers 1889, ce chien fut atteint d'une dermatose qui le tourmentait fort et le faisait pleurer toute la nuit. Il commença alors à dégoûter J. C..., à cause de sa maladie même, et, plus que jamais, elle s'écarta de lui. Mais surtout, elle commença à penser que par suite de l'énervement que lui causaient ses démangeaisons, puisqu'il gémissait la nuit, il était susceptible de devenir enragé, — qu'il l'était peut-être même déjà sans qu'on s'en aperçût. D'instinctive qu'elle était, sa répugnance devint alors réfléchie, et nettement causée par la crainte de la contagion.

Cette crainte s'étendit bientôt à tous les chiens, la malade faisant de grands détours pour éviter ceux qu'elle apercevait dans la rue. Cependant elle ne

redoutait pas la contagion à distance par l'air, mais seulement la contagion par contact, direct ou indirect, et plus spécialement par contact de la bave ou des poils. Si, malgré ses précautions, il lui arrivait d'être frôlée par un chien dans la rue, elle s'empressait de rentrer pour brosser ses vêtements avec soin, et se laver les mains, car elles avaient pu toucher les vêtements. Elle en arriva bientôt à prendre les même précautions lorsqu'elle s'était trouvée en rapport avec des personnes qui avaient un chien, ou quand elle était allée dans une maison où il y avait un chien, n'eût-elle même pas vu l'animal.

L'obsession devint si forte qu'elle renonça à aller dans telle et telle maison, et abandonna par conséquent un certain nombre des leçons qu'elle donnait.

Comme on pouvait s'y attendre, J. C... eut bientôt très peur des puces, ces insectes ayant pu habiter sur des chiens avant de venir sur elle; quand il lui arrivait d'en être piquée, il fallait qu'elle se lavât de la tête aux pieds.

Le besoin d'accomplir ces actes (lavages, etc...) était, dit J. C..., irrésistible, ou, du moins, tant qu'il n'était pas satisfait, elle était incapable de faire quoi que ce soit; son attention ne pouvait plus se fixer, elle se sentait le cerveau vide, éprouvait comme une impression de grande fatigue intellectuelle. Elle était soulagée dès que l'acte était accompli, et se trouvait même dans un état de bien-être particulier.

Cet état durait depuis sept ans environ, lorsque la malade se décida à en avertir son entourage. Elle consulta un médecin: il lui prescrivit un traitement insignifiant qui fut sans influence sur la marche de l'affection.

Diverses petites « manies », diverses petites obsessions auxquelles elle avait toujours été sujette se rattachèrent secondairement à l'idée principale. Par exemple : J. C... était superstitieuse. Le seul malheur qu'elle vint à redouter à la suite du manquement à certaines pratiques, fut la morsure d'un chien enragé. Etant au piano, elle se sentait poussée souvent soit à frapper plusieurs fois de suite une certaine note, soit à refaire un certain nombre de fois une gamme ou un exercice. Ces impulsions s'accompagnèrent de l'idée que si elles n'étaient pas satisfaites, J. C... serait mordue, etc...

Les choses en étaient là l'an dernier (1897) lorsqu'un jour, un chien appartenant à la concierge de l'école où J. C..., donnait des leçons fit par hasard ses excréments dans le couloir conduisant à la classe. Ce fait insignifiant devint le point de départ de tout un nouveau système obsédant greffé sur le premier.

Toutes les élèves, dit J. C..., dûrent marcher dans les excréments du chien avant d'entrer en classe, et purent ainsi transporter des germes contagieux.

Partant de là, elle commença par ne plus toucher qu'avec répugnance les objets que les élèves avaient laissé tomber à terre, puis cette répugnance s'étendit à tous les livres de ses élèves (car évidemment ils avaient pu tomber sans qu'elle le vît), puis graduellement à tous les objets qui avaient été touchés par les élèves, et notamment aux boutons de porte.

Quelques jours après, lui vint l'idée que les excréments du chien, desséchés et réduits en poussière, devaient flotter dans l'air de la classe, et depuis, tous les jours elle se lava la tête et les cheveux en rentrant chez elle.

Depuis, elle a dû renoncer à se rendre à l'école, mais l'obsession n'en a pas moins continué à s'étendre. J. C... refuse de fréquenter toutes les personnes qui ont pu respirer l'air de l'école ou transporter sur eux les poussières de la salle, les institutrices, le médecin de l'école, qu'elle a obstinément refusé

d'aller consulter. Puis la répugnance s'est étendue aux lieux fréquentés par de telles personnes : elle refuse de monter dans les tramways du quartier, parce que les institutrices, ayant pu avoir l'occasion d'y monter (ne fût-ce qu'une fois), ont pu les « salir », etc. Enfin, chez elle, craignant que ses propres vêtements n'aient « sali » le siège des cabinets, elle va à la selle le plus rarement possible.

En dehors de tout le système qui s'est ainsi développé, les obsessions qui tourmentaient antérieurement J. C... n'ont pas complètement disparu, mais elles sont passées au second plan, et la malade n'y attache plus guère d'importance.

Sensibilités générale et spéciales, normales.

Réflexes normaux.

Pas de points hystérogènes.

Appareils { circulatoire / respiratoire } normaux.

Appareil digestif : Pas autre chose à signaler que la constipation volontaire dont nous avons parlé.

Bien réglée, elle aurait, dit-elle, au moment des règles de petits abcès superficiels sur les membres supérieurs, laissant après leur disparition des taches rouges plus ou moins persistantes (elle nous en montre un à l'avant-bras droit). D'après sa description, il s'agit peut-être de pustules d'acné ou de petits furoncles qui avortent. Ces accidents la préoccupent et l'obsèdent, sans qu'elle y attache d'ailleurs aucune idée spéciale.

Aucun stigmate hystérique. Aucun stigmate physique de dégénérescence. Pas de tics convulsifs ni de mouvements cloniformes. Caractère normal, nous dit-on; beaucoup de patience.

Mars 1899. — Elle vient me consulter à Bicêtre tous les deux ou trois jours environ.

Son état semble petit à petit s'améliorer depuis qu'elle a changé de quartier et qu'elle n'habite plus avec ses parents. La crainte des chiens diminue progressivement.Ses rêves (qu'un chien la poursuivait voulant la mordre) n'existent plus. Au contraire elle rêve (20 mars) qu'elle a du plaisir à toucher ses chaussures et ses jupons, ce qu'elle n'aurait pas fait autrefois. De plus, ce mois-ci, au moment des règles, il n'y a plus l'exagération des symptômes qui se manifestait chaque mois. De même, pour la première fois, elle n'a plus d'autres symptômes qui accompagnaient les règles, et cela depuis 1889, et qui consistaient en : Furoncles à la face antérieure des cuisses (mais dont on ne retrouve pas trace), abcès à la vulve, gros comme une noix, et laissant échapper brusquement et sans douleur du pus pur ou du sang pas pur qui lui en imposait pour le début des menstrues.

Diminution des superstitions qui autrefois étaient très marquées : La crainte d'être treize à table. La crainte du sel renversé. La crainte des couteaux en croix. Pas de superstitions personnelles autres.

30 mars 1899.— Depuis quelques jours, substitution par la malade de son idée obsédante du chien par celle du quartier où était l'école, si bien, dit-elle, qu'elle préférerait même toucher un chien que de voir une personne de ce quartier. Elle sent qu'au bout de peu de temps elle prendrait presque sûrement

en antipathie cette personne, au point de se laver les mains après lui avoir serré la main.

Elle remarque depuis quelque temps qu'elle ne peut plus discuter avec quelqu'un sans grande émotion.

19 avril. — Le quartier de ... est devenu maintenant l'idée obsédante, à l'exclusion de l'idée de chien, si bien qu'habitant avec une dame de ce quartier elle a décidé de changer de maison pour ne plus prendre contact avec elle. A table, l'assiette que cette personne lui passe, comme à sa voisine, est par la malade essuyée discrètement. J. C... fait surtout attention à ce que sa nourriture ne prenne aucun contact avec les parties touchées par la personne obsédante. Etat général plus mauvais. Tendance à revenir à son état ancien. Quand elle est plus énervée, elle fait plus d'extravagances. « Je ne peux pas vivre comme ça, dit la malade, je ne veux plus retomber dans mes idées. Si l'idée de ce quartier me suit, ou si quelqu'un me la rappelle, mes idées recommencent. Je voudrais trois mois n'entendre plus jamais parler du quartier de...; la maladie me semblerait partie, c'est surtout l'habitude qui me reste. »

29 avril. — Elle est un peu énervée après quelques fatigues : 3 grammes de NaBr. — Nouvelle exagération des idées depuis huit jours ; elle craint que ses idées ne la quittent pas, même en déménageant.

7 mai. — Etat très empiré : la malade, qui a déménagé, continue quand même à se laver toute la journée, avant déjeuner, après déjeuner, avant et après dîner. Il lui semble que ses idées soient bien plus fortes maintenant que la dame du quartier de... n'est plus en sa présence. Quand elle voit du jaune dans un broc, elle s'imagine qu'un chien s'est frotté ou a pissé dans le broc, de telle sorte qu'elle veut absolument changer de chambre. Extension de son idée depuis quelques jours, au point de ne plus aller chez des amies de peur de les salir.

La malade est très surexcitée d'une fâcherie entre sa mère et sa sœur, non pas parce que fâcherie simple, mais parce que cette fâcherie gêne le nettoyage des affaires de la malade. Pendant l'entretien avec le médecin, et où assistent la mère et sœur, on constate une tendance continuelle des trois femmes à élever la voix et à se disputer. Grandes hésitations, anxiétés dans ce qu'elle doit faire, par exemple à propos d'un certificat dont il a fallu discuter les termes pendant au moins vingt minutes.

Il serait trop long de continuer tous les détails. Je résume la suite de l'observation. Je conseille à la malade de déménager dans un quartier de la périphérie opposé à l'autre quartier. Elle le fait, et quelques jours après elle revient me voir plus malade que jamais. Elle a une crainte affreuse des personnes qui sortent du chemin de fer de ceinture à la station de Montrouge, car ce chemin de fer a passé à.... La crainte du chien est reparue sous celle du quartier de..., et cette dernière n'est qu'un intermédiaire. L'extension des idées obsédantes est extrême, puisqu'elle craint les personnes qui sortent du train, car le train a pu être contaminé par d'autres qui sont montées à..., après avoir été souillées par le contact d'autres personnes qui auraient pu emporter avec elles de la poussière des excréments du fameux chien, demeuré à l'école. Et alors la malheureuse obsédée passe ses journées et ses nuits à se déshabiller, à laver ses vêtements, ses mains, ses cheveux, mèche par mèche. Elle est exténuée. Je finis par décider la malade à quitter Paris et aller à la campagne,

ce qui amène la cessation de la crise obsédante. Quand elle revient au bout de trois mois, elle est mieux, engraissée, reposée, contente. Elle reprend du service dans une autre école. — A partir de ce moment l'obsession reparaît très atténuée, permettant la vie normale. La malade revient de temps en temps, restant parfois un an sans me consulter. Elle est très améliorée, mais pas guérie. L'obsession est chronique avec quelques paroxysmes. A ces moments de paroxysmes, elle demande des changements d'école et réclame des certificats, avec des incertitudes et des minuties extrêmes de rédaction qui sont bien d'une aboulique et d'une douteuse. — Enfin, depuis plus de deux ans maintenant (1[er] décembre 1911) je ne l'ai plus revue. — Je dois noter comme complément de renseignements sur sa famille, qu'un jour sa sœur est venue, à part, me demander des nouvelles de la malade. De peur d'être vue par celle-ci, qui ne devait pas venir à Bicêtre ce jour-là, elle s'était enveloppé complètement la tête d'un châle épais qui empêchait de voir quoi que ce fût de sa figure. Ce n'est qu'arrivée dans mon cabinet qu'elle se décida à enlever cette enveloppe supplémentaire qui lui donnait un aspect étrange. Cette sœur était évidemment à peu près aussi malade dans son genre que l'obsédée.

Voici maintenant une autre malade, qui nous montre des obsessions plus abstraites, comme l'indique le sommaire :

Obsession abstraite d'incapacité. — Obsession — crainte d'une phrase à prononcer. — Obsessions pseudo-hallucinatoires visuelles. — Obsessions d'actes à accomplir (1). — Augustine Mis..., 35 ans. Anciennement institutrice primaire ; actuellement, fait « le réassortissement dans la couture. » Se présente à la consultation externe de la Salpêtrière le samedi 2 avril 1910, pour des « maux de tête ».

« Le commencement m'était venu il y a dix ans : c'était en 1900, mais, depuis quelques années, j'avais eu une anémie cérébrale, et je ne pouvais plus m'occuper d'aucun travail sérieux de tête, explique Mis... ».

D. — Plusieurs années déjà avant 1900, vous ne vous sentiez pas tout à fait bien ?

R. — Oui, depuis à peu près 1893 ; et même, depuis cette époque, j'avais eu des idées bizarres.

D. — Enfin, comment avait eu lieu le premier début de tout ?

R. — Eh bien, cela m'avait pris......, je faisais ma classe, et en faisant ma classe, je sentais l'impossibilité intellectuelle de faire ma classe, tout comme quelqu'un qui a mal dans les jambes, qui voudrait marcher et qui ne peut pas. C'était bizarre : d'autres fois, par moments, il y avait des pensées qui me venaient et qui me disaient : Il ne faut pas faire telle chose (par exemple faire cette dictée) parce que, ça, c'est une action, il ne faut pas la « faire ! »

D. — Est-ce que cette idée vous venait à propos de n'importe quoi ?

R. — Oui, et alors, à d'autres moments, il me semblait que j'avais devant moi tout le travail des années que j'avais à vivre ; alors, j'éprouvais une fatigue de tête intolérable.

(1) Observation rédigée par le D[r] Eugène Bernard Leroy.

D. — Mais, qu'est-ce que c'étaient que ces idées qui vous défendaient de faire certaines choses ? Pourquoi ces choses étaient-elles défendues ?

R. — Je les faisais quand même ; ma volonté était la plus forte ; j'ai lutté des mois, et je me suis arrêtée quand j'ai vu que, matériellement, je ne pouvais plus.

D. — Mais est-ce que c'étaient certains actes en particulier qui vous étaient défendus ?

R. — Non : tout ce qui regardait le travail de classe ; pour les travaux manuels, je n'éprouvais rien.

D. — C'était tantôt une chose tantôt une autre ?

R. — Oui : c'étaient des idées....., il me venait toutes sortes de pensées pour m'empêcher de faire un travail intellectuel, parce que j'avais cette grande fatigue ; tout cela en 1893, 1894.

D. — Où étiez-vous à cette époque ?

R. — J'étais en Normandie, dans l'enseignement, à A... ; il y avait deux ans que j'étais dans l'enseignement, c'était la troisième année que j'étais dans l'enseignement.

D. — Vous étiez dans une école communale ?

R. — Dans une école libre. — J'ai cessé au mois de mai 1894, à la fin de mai.

Après je suis restée chez ma tante où je donnais quelques leçons de temps en temps à des enfants de la ville, mais je ne faisais pas de travail suivi.

D. — Et alors, alliez-vous mieux ?

R. — Je ne sentais rien, sauf que je ne pouvais faire aucun travail de tête suivi ; quand j'avais enseigné une heure, j'en avais suffisamment.

D. — A ce moment, vous n'aviez pas d'idées particulières qui vous préoccupaient ?

R. — Oh non, pas du tout.

D. — Le sommeil était-il bon ?

R. — Oh ! j'ai toujours très bien dormi.

D. — Et l'appétit ?

R. — Très bon.

En 1900, j'ai eu le ver solitaire ; on m'a fait suivre un traitement qui me l'a fait rendre ; et vers la fin de février 1900, à l'époque de mes règles, je sentais qu'une idée fixe prenait peu à peu possession de mon cerveau ; et vers le mois de mars, j'ai souffert épouvantablement dans le derrière de la tête.

D. — Quelle idée fixe s'est donc emparée de vous ?

R. — J'avais à cette époque une affection très pure, très loyale envers quelqu'un, — et quelque chose me poussait à dire que j'étais sa maîtresse.

D. — Étiez-vous fiancée avec cette personne ?

R. — Non, pas du tout.

D. — Savait-il que vous aviez de l'affection pour lui ?

R. — Oh oui, mais il ne savait pas que j'avais cette idée.

(Pas de contrariété ni de chagrin de ne pas l'épouser : elle ne pouvait l'épouser pour des raisons de famille et de situation.)

D. — Est-ce que vous le voyiez souvent ?

R. — Oh non ; très rarement.

D. — Est-ce que quelqu'un a pu supposer que vous étiez sa maîtresse ?

R. — Non, rien du tout, rien : je ne sais pas comment cette idée m'était venue.

D. — Vous aviez cette crainte de le dire, mais vous ne l'avez jamais dit ?

R. — Jamais; — je n'ai jamais perdu la notion des choses, malgré que j'aie eu des moments de fièvre et que je me sentais dans un état de surexcitation épouvantable; et ce qui me fait supposer que c'était une idée de malade, c'est qu'au milieu d'une conversation qui me donnait une fatigue de tête, je me sentais poussée à dire cette idée.....

D. — Est-ce que cette idée vous venait par crises ?

R. — Non : cette idée-là était permanente, elle ne me quittait pas du tout.

D. — En dehors de cette idée, est-ce que vous aviez tendance à parler de lui, comme malgré vous ?

R. — Non pas du tout.

D. — Quand vous étiez seule, est-ce que l'idée vous venait ?

R. — Jamais, jamais je ne l'ai dite, — et, alors, pour me rendre compte que je ne la disais pas, je la prononçais (toute seule, alors), pour me dire : Est-ce que vraiment je l'ai dite ? Et comme j'ai beaucoup de mémoire, je me disais que j'étais bien certaine de ne pas l'avoir dite.

D. — Était-ce à haute voix que vous disiez cela ?

R. — Oh, à haute voix, mais discrètement ! En prononçant les paroles, en constatant en moi l'horreur que j'éprouvais à les prononcer, j'étais sûre de ne pas les avoir dites.

D. — Sans cela vous aviez donc des doutes ?

R. — Oui, j'avais des doutes.....

Et, cela est si vrai que, même en les prononçant comme cela, je ne terminais pas ma phrase, tellement je sentais l'horreur en moi de dire une chose pareille.

D. — Quand vous aviez envie de le dire malgré vous, sentiez-vous comme quelque chose qui le prononçait en vous ?

R. — Oui, dans ma tête : je sentais les paroles qui se prononçaient dans ma tête. Je me demandais après... j'étais dominée par la crainte d'avoir dit une chose pareille; et puis, je me disais que si jamais j'avais dit une chose pareille, je me serais écriée après : « Non! Ce n'est pas vrai ! » Et, comme je ne me suis jamais écriée cela, je me sentais plus sûre de ne pas avoir dit ce que je ne voulais pas. Et c'était bizarre ; je vivais avec ma mère et mes frères, et avec eux, je n'étais jamais poussée à dire cette chose en parlant; il n'y avait qu'avec les personnes étrangères.

D. — Comment cela s'est-il terminé ?

R. — Cela a duré quelques années.

D. — Et vous n'avez jamais confié cela à personne ?

R. — J'écrivais à des médecins dont je voyais les adresses dans les journaux, — et je ne voulais pas dire que c'était moi : je disais que c'était ma fille, en décrivant absolument mon état, et un jour, on m'a répondu qu'il fallait « calmer en moi l'élément nerveux », et là-dessus on m'avait indiqué un petit traitement très simple. Je l'ai suivi, ce traitement : ça m'a fait du bien et je me suis figurée que mon idée ne devait plus être connue par tout le monde, mais par quelques personnes. En suivant ce traitement pendant deux mois, j'étais beaucoup mieux de la tête; seulement cette idée, au lieu

de me figurer que tout le monde devait la connaître, je me figurais qu'elle devait être seulement connue de quelques personnes.

D. — Que voulez-vous dire? Quelle idée devait être connue de tout le monde, ou de quelques personnes?

R. — Je me figurais qu'il fallait que je le dise.

D. — Vous vous figuriez qu'il vous fallait avouer que vous aviez cette idée?

R. — Qu'il fallait que je le dise, que j'étais la maîtresse de ce jeune homme.

D. — Et alors, en présence de qui cette impulsion persistait-elle encore?

R. —,De deux ou trois personnes de mon entourage. — Mais personne ne s'en est jamais aperçu.

La malade raconte alors qu'elle a été débarrassée de son obsession pendant environ un an, après avoir été au bord de la mer, plusieurs fois.

D. — Et le jeune homme, qu'était-il devenu dans tout cela?

R. — Je l'avais vu dans le courant de décembre de la même année, mais à ce moment-là, cette pensée-là ne me venait même plus: je ne ressentais rien...

Pendant ces six mois au bord de la mer (5 mois 1/2 à 6 mois) (3e séjour), tout m'agaçait, tout m'ennuyait, et l'idée était revenue. Vers le mois d'octobre, j'ai quitté la mer, j'ai eu l'idée de venir à Paris; dès que j'ai été à Paris, ça s'est passé; les occupations, les distractions forcées de la rue, avec tout cela, ça s'est passé; je me demandais même comment j'avais été comme ça; et puis alors, n'est-ce pas, le mal est revenu quelquefois, mais pas à comparer comme force, — toujours sous l'influence d'une fatigue intellectuelle que je me donne. L'année dernière, c'était revenu du mois de juin au mois d'octobre, toujours de la même façon; le mal me revient toujours aussi chaque fois que je reviens dans le pays; actuellement, je sens que si j'y retournais, ça recommencerait.

Maintenant, j'éprouve des douleurs dans la tête, des bourdonnements dans l'oreille gauche.

D. — Et avez-vous encore des idées particulières?

R. — J'ai des idées évidemment bizarres: j'ai des images dont je ne puis pas me débarrasser, j'ai des tableaux d'impureté qui m'obsèdent, je vois des choses mauvaises, par exemple les organes d'un homme.

D. — Comment voyez-vous cela? Nettement, avec détails?

R. — Je ne peux pas dire que je vois beaucoup de détails.....

D. — Vous voyez les organes, mais vous ne voyez pas l'homme?

R. — Non, pas du tout.

D. — Ce sont toujours des organes d'homme, jamais de femme?

R. — Non, du tout.

D. — Quand est-ce que vous voyez cela?

R. — Souvent, dans la journée, — et puis alors, d'autres idées bizarres me viennent.

D. — Quelles idées bizarres?

R. — Il me vient à l'esprit: « Tiens! il faut tâcher de débaucher cet homme-là! »

D. — Est-ce que cela vous vient à l'esprit quand vous êtes toute seule?

R. — Oh non! Pas quand je suis toute seule.

D. — Et que faites-vous alors?

R. — Immédiatement je tâche de penser à autre chose: jamais volontairement je ne m'y suis arrêtée; même, jamais je ne regarde ou ne lis rien de mal.

Continuellement, je n'ai affaire qu'à des hommes, et constamment, quand je leur parle dentelle ou galons, ou autre chose, ces idées-là me viennent.

D. — Vous avez de la religion, vous êtes pieuse, sans doute?

R. — Oh oui! oui!

D. — Ces idées obscènes ne se présentent-elles pas à vous pendant que vous faites vos prières?

R. — Oui, quelquefois, mais alors, moins... pourtant, si: par moments, je suis obligée de lutter pour les chasser; mais ce n'est pas continu, c'est de temps en temps.

Comme complément de l'observation je citerai des passages d'une lettre de la malade :

« Docteur,

« Comme complément aux renseignements que vous avez eu la bonté de prendre sur mon cas, j'ajouterai que mon père était scrofuleux et en portait les signes extérieurs par des écrouelles; il est mort vers quarante ans de ce mal; ma mère, elle, était d'une parfaite santé; elle est morte à cinquante-six ans d'un kyste dans le ventre. J'ai hérité de mon père du vice scrofuleux que j'ai dans le sang, sans aucune écrouelle; pendant toute mon enfance et ma jeunesse, j'avais toujours des maux d'yeux, de nez, d'oreilles, des boutons à la figure; les humeurs se portaient toujours à la tête, je me souviens qu'enfant, j'avais quelquefois des idées bizarres; j'avais une très grande facilité pour l'étude, je l'aimais et je la préférais à toutes les distractions; vers l'âge de 15 ans, un an environ après ma formation, j'ai cessé d'être réglée pendant quelque mois; alors je souffris beaucoup de l'œil gauche, ensuite de l'œil droit; je fus quelque temps sans y voir jusqu'au jour où au moyen de remèdes, le médecin fit revenir mes règles. Vers l'âge de 20 ans, pendant que j'enseignais, ayant beaucoup de boutons à la figure, je consultai un docteur qui me prescrivit de me laver avec de l'éther sans d'autre remède interne; au bout de quelque temps je fus prise de l'anémie cérébrale dont je vous ai parlé; ayant été obligée de quitter l'enseignement, pour tâcher de me guérir on me fit suivre une médication de Kneip, consistant en marches dans l'eau, bains de vapeur à la tête, et chemise mouillée; le traitement ne me fit aucun bien, voyant cela on me conseilla de mettre un vésicatoire au bras gauche qui produisit beaucoup d'effet; il rendit une quantité d'humeurs ressemblant à un liquide blanc; pendant environ 15 jours il en rendit tellement que j'étais obligée de renouveler le bandage trois fois par jour, et pendant que ces humeurs s'écoulaient, je sentais venir dans mon cerveau des idées bizarres, et ma conviction est que ce sont elles, qui étant toujours portées à la tête, l'ont atteint, déprimé et occasionné cette anémie cérébrale qui me rendait incapable d'aucun travail intellectuel suivi. Vers cette époque, c'est-à-dire en 1894, j'étais devenue scrupuleuse, impressionnable; vers l'année 1899, quand je touchais un objet quelconque, j'avais la tentation de le briser, de le déchirer; ainsi avant de mettre une lettre à la poste, j'avais la tentation de la déchirer, et

ceci m'est resté, je l'éprouve toujours, je me souviens aussi que lorsque j'éprouvais une colère, je donnais des coups de poing dans les meubles.

« Comme je vous l'ai dit, docteur, ce fut en 1900 que je fus prise de la maladie cérébrale dont je vous ai parlé... Depuis la fin de 1903 que je suis à Paris, j'ai été beaucoup mieux, mais le mal est revenu environ trois ou quatre fois, causé par un surmenage ou bien lorsque je retournais dans l'endroit où il m'avait prise la première fois. C'est au mois de juin de l'année dernière qu'a eu lieu la dernière reprise; elle a duré environ jusqu'au mois d'octobre. Depuis octobre 1909, je ne l'éprouve plus, mais depuis quelque temps, j'ai des douleurs dans la tête, par moments dans l'oreille gauche; aussi par moments mon idée fixe me revient dans le cerveau, mais sans me sentir poussée à la dire; j'y éprouve encore de l'excitation; très souvent dans la journée ces tableaux d'imagination dont je vous ai parlé. Souvent aussi le matin, j'ai sous les yeux une espèce de transpiration; depuis aussi quelques mois, du côté de la vue, quand je suis dehors, je vois comme une sorte de nœud composé de points et, depuis quelques semaines, un petit point brun qui a l'air de fuir constamment devant moi. Voilà, docteur, tout ce j'éprouve; ayant souffert si longtemps moralement, je voudrais bien guérir, et je compte sur votre bonté pour m'aider à y arriver. »

Chez le malade suivant Bea..., la crise obsédante est franchement aiguë et tranchée ; on remarquera les phénomènes somatiques qui l'accompagnent. On verra aussi que l'automatisme inconscient du malade a toujours été mauvais (calcul difficile, etc.), qu'il y a différents phénomènes névropathiques et une grande émotivité. L'hérédité est mauvaise.

Obsession avec crainte. — Réaction physique. — Obsession occasionnelle avec retentissement génital. — A. Bea..., âgé de 30 ans, plombier, vu à la consultation de Bicêtre le 18 janvier 1901.

Renseignements fournis par Mme Bea... le 18 janvier 1901.

Antécédents héréditaires. — Mère hystérique (crises hystériques). Sœur hystérique (sensation de boule). Père atteint de gravelle.

Antécédents personnels. — Il n'aurait jamais eu de maladies dans l'enfance. A dix-sept ans, première crise de colique néphrétique. Se marie à 24 ans.

A été instruit en pension jusqu'à l'âge de 17 ans. A appris le métier de plombier chez ses parents qui l'exerçaient avant lui.

Il a fait trois ans de service militaire; il y aurait contracté des hémorroïdes (?). A 28 ans, deuxième attaque de gravelle. Le 22 décembre 1900, il se fait opérer pour ses hémorroïdes à l'hôpital Necker. Le jour qui a précédé l'opération, il fut contrarié parce que celle-ci avait été remise de vingt-quatre heures. En même temps il avait une certaine appréhension de l'opération et surtout de la chloroformisation. Cette appréhension augmenta quand on remit l'opération de vingt-quatre heures. Les suites de l'opération furent normales; il se fit panser à l'hôpital, puis chez lui. Mais depuis cette opération il est obsédé par le souvenir de la salle dans laquelle il fut opéré. Il se rappelle continuellement les linges et les compresses pleines de sang, ou les instruments de chirurgie qu'il a vus sur les tables.

En même temps il pense à la salle des malades, à son voisin de lit atteint de cancer d'estomac; il se demande souvent s'il ne pourrait contracter cette maladie par contagion.

Il n'a pas dormi pendant les huit jours qui ont suivi l'opération.

Le 10 janvier 1901 sa femme remarque une tristesse particulièrement accentuée, il manque d'appétit et il avoue à sa femme qu'il est obsédé continuellement par le souvenir de ce qu'il a vu à l'hôpital. Depuis ce jour-là ses obsessions deviennent plus intenses; il ne peut se remettre au travail.

En même temps apparaissent des craintes obsédantes se rattachant plus ou moins au souvenir de son opération; il ne veut pas voir de couteau chez lui, il a peur de s'en servir contre lui et contre sa femme; il se demande « si ce couteau ne serait pas couvert de sang, si l'on s'en servait pour tuer quelqu'un. » Les rasoirs qu'il voit chez un coiffeur lui donnent les mêmes idées. Il pense aussi qu'il pourrait tuer sa femme et le lui dit.

Ces obsessions ne sont pas continuelles; elles surviennent sous forme de crises; elles s'accompagnent de phénomènes somatiques, subjectifs et objectif, variés : plaque douloureuse sur le sommet du crâne et entre les yeux. Plaque douloureuse sur le côté droit du front : cette plaque est en même temps le siège d'une vaso-dilatation très marquée. En même temps il a de l'angoisse précordiale, des douleurs vagues dans les membres. La pupille serait un peu dilatée.

L'application de compresses humides sur le crâne calme ces douleurs et diminue en même temps l'angoisse avec l'obsession.

Le sommeil est mauvais depuis le lendemain de l'opération. Bea... est continuellement agité, cependant les idées obsédantes ne surviennent que pendant le jour.

Le 17 janvier 1901, il est obsédé pendant plusieurs heures par la crainte des voleurs qui pourraient entrer chez lui. Les mêmes phénomènes somatiques se produisent alors comme pour les autres obsessions.

Traitement : repos prolongé au lit. Sulfonal. Psychothérapie quotidienne.

5 février. — Le malade vient consulter tous les deux ou trois jours pendant le mois de janvier. Son état s'améliore lentement; il a encore quelques troubles somatiques, se plaint de temps en temps de son estomac ou de sa tête. Il a aussi constaté ceci: quand il lit un livre, il s'arrête à la fin d'une phrase, et la relit un nombre considérable de fois sans la comprendre ; les mots lui apparaissent comme des emblèmes sans valeur, indépendants du sens qu'on leur attache d'ordinaire. Ce phénomène est toujours de courte durée.

Le malade n'a jamais pu apprendre à danser. L'automatisme psychologique est insuffisant : le malade fait difficilement une opération arithmétique; sa mémoire est souvent insuffisante aussi dans des opérations intellectuelles, normalement automatiques. De plus, en ce moment, quand il essaye de se souvenir d'un groupe de faits, ou d'une série de faits, il éprouve une grande peine à en rapprocher les éléments, et l'effort qu'il fait réveille l'obsession.

Quand il prend part à une conversation il la suit mal. Il ne garde pas un contact suffisant avec l'idée qui a servi de point de départ et sa femme a remarqué qu'il dit quelquefois une phrase n'ayant qu'un rapport lointain avec le sujet ; il ne peut retenir cette phrase et est comme obligé de l'émettre.

14 février. — Bea... raconte que dans les premiers temps de son mariage, sa famille ayant essayé de le brouiller avec sa femme et de lui persuader que celle-ci était laide, il se laissa suggestionner sur ce dernier point, se laissa convaincre que sa femme était laide. Sur cette suggestion vint se greffer l'aberration sexuelle suivante :

Au moment d'accomplir le coït, la conviction que sa femme était laide, l'empêchait d'entrer en érection. Il y arrivait cependant quelquefois en pensant à d'autres femmes qu'il avait eues comme maîtresses, et en les substituant par la pensée à sa femme.

Cette suggestion, qui avait disparu depuis longtemps, est reparue à plusieurs reprises il y a quelques jours.

21 février. — Le malade est retombé dans une crise d'obsessions. Les obsessions variées du début reparaissent (couteau rouge de sang, souvenir de son opération, visions d'objets de pansements). Il se plaint de sensations dans la bouche, froid au palais, de sialorrhée. Constipation.

Mars. — Disparition graduelle de l'obsession.

17 juillet 1901. — Le malade, guéri complètement de son obsession, revient consulter pour le phénomène suivant : quand il n'a pas eu de rapports avec sa femme depuis une dizaine de jours, il a une pesanteur très désagréable dans les bourses et alors après le coït les testicules deviennent si douloureux pendant une heure environ qu'il ne pourrait même les toucher.

Septembre 1908. — J'avais perdu de vue ce malade lorsqu'un beau jour, étant loin de Paris, je reçus une lettre éplorée de sa femme, me disant que son mari, victime d'un accident nécessitant une légère opération, réclamait à toute force ma présence, obsédé qu'il était par la crainte de mourir. N'ayant pu naturellement accéder à ce désir, j'appris quelques jours après que l'opération s'était parfaitement passée et qu'il n'y avait pas eu de nouvelles craintes obsédantes.

Les fragments d'observations suivantes concernent des obsessions qui offrent quelques particularités intéressantes.

Obsession avec crainte par association (analogue à la peur des espaces), peur de descendre un escalier.

Mme Bur...,vue une seule fois à la consultation de la Salpêtrière, le 26 mars 1910.

La malade travaille dans une administration où elle fait des écritures. Pour quitter le bureau, il lui faut descendre un escalier qui est large, avec une rampe d'aspect peu solide, au milieu de ses camarades qui se pressent et se bousculent. Elle a une peine considérable à accomplir cet acte ; elle sent ses jambes fléchir, et doit faire pour arriver au bout un tel effort, qu'il lui en reste un mal de tête violent. Pendant toute la journée, elle est angoissée à l'idée qu'il lui faudra descendre son escalier. Elle se rend compte du caractère pathologique de cette crainte.

Obsessions avec craintes. — Crainte du temps. — Accès d'angoisse pure, avec fausse angine. — Mme Ad..., âgée de 41 ans, confectionneuse, vue à la consultation de la Salpêtrière, le 6 février 1911.

« Il y a sept mois, dit la malade, j'ai eu une fausse angine de poitrine. Depuis j'ai des idées noires. Ça a commencé par des pertes; j'ai été sept mois dans les pertes. J'ai idée de faire du mal à mes enfants. J'ai eu plusieurs crises d'angine. Ça a débuté dans les mains, puis remonté au cœur par le bras. La durée a été d'une journée. J'en ai encore eu une la semaine dernière.

« J'avais peur de donner des coups à mes enfants, si je voyais des morceaux de bois. J'aurais voulu me faire du mal, et j'avais peur de mourir. Ça me cause des crises qui durent une journée entière. »

D. — C'est la première fois que vous avez des idées pareilles?

R. — Non, jamais je n'en avais eu auparavant.

D. — Vous étiez scrupuleuse?

R. — Oui, assez.

« J'ai peur du temps. D'un instant à l'autre, je ne sais *si j'arriverai à gravir les heures*. Je ne sens plus mon cœur dans ma poitrine, il me semble que je n'ai plus de souffle, que je vais mourir. J'ai peur de devenir folle. C'est depuis dix-huit mois que je suis ainsi. »

Obsession. — Crainte de ne pas pouvoir accomplir un acte. — Mme Per..., âgée de 39 ans, institutrice, vue une fois à la consultation de la Salpêtrière le 21 mai 1910.

La malade n'arrive pas à bien préciser ce qui lui arrive. Ça a commencé brusquement un matin; au moment de s'habiller, elle a eu peur de ne pouvoir le faire; pourtant elle y arrive, mais toute la journée elle pense à cela pour le lendemain. Le premier accès avait commencé à l'âge de 17 ans et avait duré six ou sept mois. Le second date du mois de novembre. La malade avait des maux de tête; elle sentait des craquements dans la nuque; elle avait de légers bourdonnements d'oreille, elle maigrissait, tout en mangeant bien. Pas d'autres retentissement physique. Pas de sueurs. L'angoisse n'était pas très forte. La malade a continué à être bien réglée.

Obsession avec crainte se répétant régulièrement chaque matin. — Nic... âgée d'une soixantaine d'années.

20 février 1911. — Elle est obsédée depuis fort longtemps de différentes façons Elle revient consulter pour une nouvelle obsession.

« J'ai maintenant depuis une quinzaine de jours l'idée de me jeter par la fenêtre; ça me prend brusquement le matin : ça me réveille en sursaut, on dirait une crise; j'ai un choc dans l'estomac ; je pense que je suis triste et je veux me suicider : je reste couchée jusqu'à la fin de cette crise, de peur de m'approcher de la fenêtre. La crise dure un quart d'heure. »

« Dans la journée, depuis longtemps, j'ai la sensation que ma figure se ratatine et se glace. Je sens comme un coup dans la nuque.

« Si je porte un parapluie, ça me fatigue et, si j'ai un col haut, le lendemain je ne peux plus remuer la tête parce que ça me fait mal.

« Les douleurs me durent un quart d'heure environ et elles se répètent. »

Ces douleurs viennent depuis qu'on lui donne des douches chaudes à plein jet, au lieu de la pomme d'arrosoir dont on se servait jusqu'alors.

Obsession avec crainte par association fortuite (aboulie systématisée). Nou..., âgée de 25 ans, environ.

20 février 1911.

Il y a huit mois, à la suite de chagrins, d'ennuis, qui l'avaient fait maigrir

beaucoup, avec insomnie et cauchemars, un jour qu'elle était dehors, « indisposée », elle s'est trouvée mal.

Il y a quinze jours, elle se trouve mal chez elle. Une troisième fois, dehors, mais elle n'a pas perdu connaissance tout à fait. Enfin une quatrième fois en allant faire son marché.

C'est depuis ces accidents qu'elle a peur de sortir seule. Elle sent une fraîcheur lui monter et qu'elle « s'en va ». Elle ne sort qu'accompagnée. Elle essayait plutôt de sortir le soir que dans la journée, mais elle revient aussitôt en sueur et « malheureuse de cela ».

Autrefois (il y a huit mois) elle avait des cauchemars quand elle a commencé à avoir des ennuis. Elle n'ose plus sortir depuis sa quatrième syncope ; mais elle avait déjà de la crainte depuis sa première.

Depuis deux mois elle va mieux : ses cauchemars ont disparu. Elle a engraissé. Mais la peur a persisté. Elle sort bien encore avec quelqu'un, même avec son petit garçon, âgé de 4 ans. Mais c'est surtout dans la matinée que cela lui est possible.

On la fait revenir pour lui faire de la « persuasion », pour l'encourager. Elle dit elle-même que cela lui fait du bien et qu'elle se sent plus forte le soir ; elle a pu le soir, depuis deux jours, faire quelques pas dehors, mais le matin cela lui est encore impossible. Mais peu à peu le courage et la volonté lui reviennent et elle vient seule un matin m'annoncer sa guérison.

Obsession avec crainte de la mort. — Troubles vaso-moteurs. — Complication de désordre dans la conduite. — Cha..., M. âgé de 29 ans, vu à la consultation de la Salpêtrière, le 24 janvier 1911.

Grand-père paternel suicidé à 72 ans par peur de voir son fils ruiné par une maîtresse. Père probablement peu correct dans sa conduite. La mère n'aurait rien présenté. Frère et sœur du malade, bizarres, s'ennuient partout.

Le malade a uriné au lit jusqu'à 14 ans; cauchemars terrifiants jusqu'à 15 ans. Pleuro-pneumonie, fièvre typhoïde dans le jeune âge. Certificat d'études primaires supérieures. Elève à l'école Germain Pilon. Commence à courir les femmes à 16 ans. Il se masturbe aussi beaucoup.

Au régiment (cuirassiers) il a plusieurs maîtresses et à cause d'elles fait des bêtises, il subit 347 jours de prison pour absences illégales. Il tire des carottes au médecin major en se donnant des bronchites artificielles au moyen de l'acide sulfureux qu'il respire en brûlant des allumettes devant sa bouche. Suivant le nombre d'allumettes, il gradue ses effets, fait croître ou décroître la bronchite. Nombreux excès d'alcool et sexuels.

Un jour, à l'infirmerie régimentaire, sensation effroyable au récit d'une opération d'appendicite. Également au régiment, il se mettait à rougir, « il était cramoisi », sans raison aucune; cela durait souvent toute une journée, et se reproduisait souvent.

En sortant du régiment (1906) va travailler un an chez son oncle comme marbrier. Mais il se sentait mal en train. Il fait pourtant « la fête » et a trois ou quatre maîtresses à la fois.

Un jour, en 1907, depuis le matin il ressentait comme une angoisse ; en sortant il est pris de l'idée qu'il va mourir; il a une sensation de vide dans lui et autour de lui, une crispation au cœur; on est obligé de le ramener chez lui. Il reste couché toute la journée avec sensation d'abrutissement, crainte de devenir fou et des angoisses.

Depuis ce moment, les crises se reproduisent toutes les semaines, quelquefois deux fois par semaine. Mais, en outre, il a une crainte permanente de la mort, « qui s'exaspère avec les coups qu'il ressent en ce moment au cœur » (palpitations). « Je pense par exemple en ce moment, dit-il, que je vais mourir ici, que je ne m'en irai pas. » En tramway, quand cette idée le prend, il est obligé de descendre ; la crise dure environ une demi-heure. On lui a dit qu'alors il devenait jaune. Il n'a plus de rougeurs depuis deux ans. Après les crises fortes, il reste pendant trois ou quatre jours fatigué, sans pouvoir retrouver ses idées; il cherche la solitude pour ne pas être pris pour un fou.

Il y a des moments où il a des faiblesses dans les jambes pendant une vingtaine de minutes ; il ne peut pas faire mouvoir ses jambes.

Il devient indifférent à tout. Il a essayé de travailler, mais ça n'a pu durer et ça le fatiguait. Il fuit d'ailleurs la société et ne demeure plus à Paris à cause de cela. Il veut guérir, car il arriverait, dit-il, à se tuer.

L'observation qui suit est curieuse. Elle pourrait être baptisée d'un nom grec extraordinaire que personne ne comprendrait.

Folie du doute à l'occasion de la vérification de compteurs à gaz ou la peur du compteur (1). — Rao... contrôleur de compteurs à gaz, âgé de 39 ans, consultation à la Salpêtrière.

D. — Racontez-moi ce que vous éprouvez.

R. — C'est ce qu'on appelle la peur du compteur : c'est une maladie qui existe beaucoup chez nous. . . . .

. . . .

quand je ne suis pas devant le compteur, je n'ai pas la peur du compteur; il n'y a que lorsque je suis devant. Je fais le relevé du compteur (on lit la différence) et je m'assure de son fonctionnement ; c'est la partie la plus conséquente de chez nous. Il y a un tambour, une roulette qui marque les litres et qu'il faut fixer 4 ou 5 minutes; c'est ça plutôt qui fatigue le cerveau, et alors nous sommes obligés d'avoir un bec, de l'allumer pour voir le fonctionnement, et, quand c'est fini, nous sommes obligés de fermer le bec et de mettre la vis en place : il y a trois vis à dévisser. Nous sommes forcés de vérifier si la roulette tourne régulièrement, parce que si le compteur ne fonctionne pas bien, le tambour tourne par saccades. Je remets une vis en place, je m'assure que je n'ai pas fait d'erreurs et que mes vis sont bien en place; à ce moment, le vertige me prend, je compte une vis, deux, trois, et puis je ne sais plus ce que je compte ; je les compte sans les voir, je les compterais encore deux fois, je ne serais pas plus sûr de moi.

D. — Vous recomptez ainsi plusieurs fois de suite ?

R. — Oui, c'est comme une espèce de suggestion qui me prend.

D. — C'est avant de quitter les lieux que le doute vous prend.

R. — Oui, oui, c'est avant; après je n'ai plus peur, ce n'est que vers le compteur même. Je me sauve comme un fou, sans ça je resterais une demi-heure

(1) Cette observation a été communiquée en 1910 à la Société de Psychologie, par le Dr Eugène Bernard Leroy. J'en extrais seulement un passage.

devant le compteur, les yeux fixes, quoi, et je ne peux pas le regarder, c'est impossible. . . . .

. . . .

quand je veux relire mes chiffres, je ne les vois plus; je ne peux pas les retenir dans ma tête, je les vois et je ne peux pas les lire, je les vois dans moi-même et je vois que ce n'est pas ça : j'ai toujours la hantise de me tromper.

Chez nous, on peut bien compter un quart d'employés qui ont comme ça la peur des vis.......

L'obsession suivante est constituée par des interrogations multiples portant sur une foule de mots, absents de l'esprit du malade : c'est ce qu'on appelle la *recherche angoissante* des mots ou *onotomanie* (Charcot et Magnan).

Recherche obsédante des mots. — Vil..., entré le 1er février 1909, à Bicêtre, à l'âge de 73 ans (1).

Vil... Henri, peintre décorateur, est un vieillard de 73 ans. Il a toujours travaillé, il a été toujours en bonne santé; sa fille, qui nous donne ces renseignements, raconte qu'il est resté trente ans avec la même femme, qu'il ne l'a pas épousée parce qu'elle n'était pas libre, et a eu d'elle trois enfants, une fille de 49 ans, et deux fils, l'un de 48, l'autre de 40 ans. Sa femme n'a pas fait de fausses couches, et cet accident n'est survenu à aucun membre de la famille.

Doux, bienveillant, très estimé partout où il passait, anxieux, s'inquiétant facilement pour des événements sans importance, angoissé par le moindre fait, scrupuleux, il craignait de faire du mal aux gens; susceptible, il était froissé lorsqu'un de ses amis, le rencontrant dans la rue, négligeait de le saluer. Vil... est d'autre part et depuis toujours pusillanime; le moindre bobo, la moindre écorchure devait, croyait-il, entraîner les troubles les plus graves, la perte irrémissible du membre effleuré.

Il y a une vingtaine d'années, il rencontre quelqu'un de ses amis qui ne le salue pas. Vil... en conçoit aussitôt un ennui, qui ne tarde pas à être un gros chagrin. Il pleure pendant un mois, cache son inquiétude et sa souffrance à l'ami qui en est la cause involontaire, ne veut pas lui demander la raison de sa prétendue indifférence, se lamente, est très malheureux, ne présente pas les signes extérieurs de l'angoisse, continue à travailler, ruminant son chagrin, en un état de profonde tristesse. Puis, brusquement, tous les phénomènes disparaissent, il n'est plus inquiet, il n'est plus triste, il ne comprend pas la raison de sa susceptibilité pointilleuse. Il est ou paraît être complètement rétabli.

Six semaines environ avant son entrée à l'hospice, il se dispute avec un ouvrier nommé B... Cette dispute fut assez grave et il est probable que Vil... avait tort, puisque son contradicteur ne voulut pas, au moment de se séparer, lui donner la main.

Vil... fut extrêmement impressionné de ce refus, il rentra chez lui sombre, inquiet, répondant, quand on l'interrogeait sur la raison de sa tristesse : « B...

(1) Observation rédigée par M. Bernard Desplas, interne du service.

n'a pas voulu me donner la main; B... m'en veut, qu'ai-je fait à B...? » Probablement instruit de cet état, l'ouvrier vint le voir et après une conversation amicale, il lui donna spontanément la main, en lui affirmant son entière sympathie. Vil... fut très heureux de ce geste, son inquiétude diminua, mais ce fut pour peu de temps, car il resta triste, toujours préoccupé par cette idée unique : « B... n'a pas voulu me donner la main, B... m'en veut, qu'ai-je fait à B... ? »

Quelques jours après cette scène, et on ne peut obtenir de sa fille des indications plus précises, Vil... fut obsédé par la recherche de mots ou de noms.

Ceux-ci étaient variables, presque toujours indifférents; c'étaient les noms d'objets usuels, c'étaient les noms des voisins, d'anciens amis, de camarades d'enfance. C'étaient les noms des conseillers municipaux, des héros de l'histoire romaine, des naturalistes du jardin des Plantes. Cette recherche obsédante de mots s'accompagnait d'inquiétude, d'angoisse, d'accélération respiratoire, de malaise général; la nuit le malade dormait à peine et encore grâce à des hypnotiques, et fréquemment on le trouvait sur son séant préoccupé douloureusement par la recherche d'un mot.

Le malade n'avait en aucune façon un déficit de mémoire actuelle. L'aventure avec B... le préoccupait toujours et, comme il avait conscience de son état, il mettait ses souffrances sur le compte des agissements de B... : « Vous voyez bien, disait-il, vous voyez bien, c'est lui qui me tire. »

Il accusait des douleurs dans le bras, des sueurs passagères; on le conduit à la Salpêtrière, le 26 janvier 1909, chez M. Séglas, qui nous l'envoie le 1er février 1909.

De tenue correcte, d'aspect sympathique, Vil... porte sur son visage les traces de ses préoccupations, il paraît anxieux, angoissé même. Il répond aux questions avec une remarquable précision, son langage indique une culture certaine, il parle avec une recherche peut-être excessive.

« Ce qui m'ennuie, dit-il, lorsqu'on lui demande la raison de sa peine, c'est l'impossibilité où je suis de donner un nom à des êtres que je me représente et dont je sais l'histoire, ou à des objets que je vois et dont je connais l'utilisation. J'ai la physionomie devant moi, le nom ne me vient pas, je souffre d'une façon épouvantable, je cherche et je recherche, je concentre tous mes moyens à trouver ce nom qui m'échappe. Je suis très malheureux jusqu'à ce que je l'aie trouvé et souvent il m'arrive de ne pas le trouver. Ce qui m'empêche de le trouver, c'est comme une barre au cœur et à la tête. Mon esprit est sans cesse préoccupé; à peine ai-je trouvé un mot, que je dois en chercher un autre, et je me désespère. Cette recherche m'empêche de dormir. Et ces noms ne sont pas importants, c'est ridicule, ils sont sans intérêt, c'est malgré moi. Hier matin, je me suis réveillé en cherchant, je ne sais comment, le nom de mon conseiller municipal. J'ai dû envoyer ma fille chez un voisin pour l'apprendre. Dès que je l'ai entendu, j'ai été satisfait. Je sens toute la puérilité de mes soucis, mais je ne peux m'en affranchir.

« Je dois déclarer que j'ai toujours eu le caractère faible; quand je souffrais physiquement, j'exagérais, comme à plaisir, ma souffrance.

« Autrefois j'adorais lire, maintenant je n'ai plus le goût, je ne peux plus voir un journal. J'en ai horreur, il me semble que je ne pourrai pas le lire.

Ma pensée n'est préoccupée que par ces noms, par ces bouts de phrases. Voilà l'état mental dans lequel je suis tombé ».

Le malade n'est pas désorienté, ni dans le temps, ni dans le lieu, ni dans sa personne.

Il est renseigné exactement sur ses amis, ses parents éloignés, ses enfants.

Son éducation primaire a été incomplète, il fait des fautes d'orthographe, mais il a dû compléter son instruction au hasard de ses lectures qui ont été nombreuses, variées. Il a une remarquable érudition de petits faits, d'incidents médiocres, il est renseigné sur tous les grands personnages des mondes littéraire, politique et militaire.

L'examen somatique révèle : un claquement aortique assez marqué, des artères pas très dures. Les poumons normaux.

La bouche est édentée, et il y a sur le bord droit de la langue plusieurs érosions, rouges, superficielles, sans induration notable, peu douloureuses, datant d'après le malade de 25 ans, sans aucune modification, sans adénopathie, et dont la nature est peut-être affirmée par le fait que le malade eut à l'âge de 20 ans la syphilis traduite par un chancre induré, auquel succéda une roséole, traitée pendant six semaines par des pilules de mercure. Il a contaminé sa femme, qui a un premier enfant mort-né. Elle a vécu jusqu'à 69 ans (après avoir subi un traitement prolongé). Quant à lui, il présenta, il y a 25 ans, une lésion linguale, qui, traitée par l'iodure de potassium, rétrocéda.

4 février 1909. — Le malade se lamente, est sur le point de pleurer parce qu'il a perdu des carnets sur lesquels sont inscrits les noms qu'il cherche le plus fréquemment. Ce sont deux carnets de plusieurs centaines de pages chacun où sont écrits sans ordre apparent les noms qu'il cherche le plus fréquemment. Ce sont ceux de personnes appartenant aux classes les plus diverses, ce qui prouve la multiplicité des préoccupations du malade. Voici quelques citations extraites de ces carnets :

Gel..., décorateur de chez Aug... Nous avons été voir les coulisses du théâtre de Belleville où sa petite fille jouait.

Les frères Alfonse (*sic*) Daudet auteur du *Petit Jacques; Fromont jeune et Risler aîné; Voyage de Tartarin de Tarascon;* (Delobel, type d'acteur de *Risler aîné*).

Stefenson, qui de simple ouvrier est devenu le plus grand génie de l'Angleterre.

La belle Otero, grande couche nue.

M[me] Steinhel accusée d'avoir tué son mari et sa mère.

M[lle] Lange, favorite de Barras dans la *Fille de M[me] Angot.*

Bailly, maire de Paris sous la grande Révolution 1793, etc.

Pour le faire dormir, on est obligé de lui donner des hypnotiques variés.

6 février. — Il demande qu'on lui donne du véronal. Il demande d'autre part à être changé de salle, parce qu'un des malades, qu'il ne veut pas nommer, change les premiers mots d'un couplet, dont il ne peut absolument pas retrouver la suite. Il a prié ce camarade de se taire, mais celui-ci ne l'a pas fait. Il demande à changer de salle avec instance, il supplie qu'on le lui promette pour le soulager, il se refuse avec énergie à nommer le camarade, cause de cette nouvelle obsession, en disant que jamais il ne fera cela.

7 février. — Il demande à être rendu à sa fille, car il souffre de ne pas

avoir la tendresse des siens autour de lui. Il a écrit à sa fille, le 5 février, pour la prier de lui apporter le nom d'un homme qu'il décrit dans son aspect et dans ses habitudes. Il donne des détails sur son état et il termine sa lettre en priant sa fille de ne donner son adresse à personne. Après la signature on trouve : « Je me rappelle juste le nom, c'est Bez... »

10 février. — Le malade est angoissé, très inquiet, agité, il cherche avec acharnement le nom du général français qui, sous la Révolution, commanda le miracle de saint Janvier à Naples.

M. Chaslin lui dit : « Mais c'est le général Championnet. » Aussitôt, le malade est content, tranquille, son inquiétude et son agitation disparaissent.

16 février. — Il paraît mieux, il se trouve moins obsédé ; il s'inquiète pourtant d'un bruit qu'il perçoit et attribue aux allées et venues du personnel ; bientôt il constate la persistance de ce bruit, sans que personne ne passe dans la salle. Il n'a pas de bouchon de cérumen.

Bientôt le malade est amélioré, il a engraissé, sa figure est plus colorée, il est moins obsédé par la recherche des mots ; son état général est très satisfaisant.

Jamais dans les interrogatoires précédents qu'on lui a fait subir (prudents, pour éviter de lui donner le prétexe d'une nouvelle obsession), il n'a traduit d'affaiblissement intellectuel plus marqué que celui de son âge, de perte de mémoire des faits actuels ou passés. Il sait très bien où il se trouve, le genre de malades qui l'entourent, il s'intéresse à eux, et enregistre dans ses carnets leurs noms, leurs caractères et leurs habitudes.

Il s'habille et fait sa toilette seul, il entend très bien la cloche des repas, il mange à part et très lentement, il se comporte convenablement à table.

Il se couche seul et normalement.

Il n'aime pas la société des autres malades, et, sauf son voisin de lit, il les fuit systématiquement, redoutant que dans une conversation il s'agisse de quelqu'un ou de quelque fait dont il ne puisse retrouver le nom ou l'époque.

Il est correct avec les infirmiers et les surveillants, déférent avec les médecins. Il paraît s'intéresser aux personnes qui visitent les autres malades. Il reçoit ses enfants avec affection, il cause agréablement avec eux, pourtant sa sensibilité est exagérée, il pleure facilement. Il reste à l'asile volontairement pour se soigner.

Il se promène dans la cour, sa marche n'a pas de caractère singulier, il lit le journal, mais assez rarement, enfin il est sans cesse occupé de ses cahiers où il recueille tous les noms qui peuvent l'obséder.

Le souci avec lequel il évite les conversations, sa volonté systématique de ne pas lire le journal, enfin la méticuleuse attention avec laquelle il enregistre tous les noms des êtres et des choses qui font partie de son souvenir, montre combien il réagit, et combien il prend des mesures défensives contre l'obsession angoissante de la recherche des mots.

10 mai. — Le malade raconte qu'il y a 35 ans, il a eu une crise neurasthénique qui a duré un mois, pendant laquelle il éprouvait le besoin d'un anéantissement complet. Pourquoi? il ne peut le dire.

De tous les hypnotiques qu'il a essayés, seul le sirop de chloral lui a réussi.

23 mai. — Sort guéri de sa crise obsédante.

L'observation est intéressante à plusieurs points de vue; d'abord on voit que malgré l'état mental fondamental invariable, il n'y a eu que peu d'accès : un premier il y a 35 ans, sur la forme duquel nous sommes peu renseignés, puis, il y a 20 ans, un deuxième avec obsession que l'on peut appeler occasionnelle : cet ami qui ne le salue pas et à propos duquel il est obsédé par la question de savoir pourquoi il y a eu brouille. Puis à 73 ans, troisième accès analogue, suivi cette fois de la recherche obsédante des mots. Il a guéri parfaitement malgré l'âge avancé.

« **Folie du doute avec délire du toucher.** » — **Neurasthénie somatique.** — « **Trucs** » **mentaux.** — Ban..., âgé de 29 ans, employé de bureau, consultation à la Salpêtrière, 2 novembre 1911.

Soigné autrefois par M. Jules Voisin, il venait consulter pour des douleurs lombaires qui le prenaient chaque matin de 5 heures à 10 heures. Depuis quelque temps envie subite d'aller à la selle le matin. Folie du doute et délire du toucher. Il avait crainte de toucher quelque chose de sale qui aurait pénétré en lui et se serait mélangé à son sang. Il sait que c'est absurde. Il se lave les mains avec de l'eau ammoniacale en la versant un nombre déterminé de fois, d'abord 3 fois, puis 6, puis 9. D'autres moments pour combattre le doute, il faisait le geste de passer la main sur l'endroit contaminé et répétait ce geste plusieurs fois, etc.

Ces *trucs* indiquent la chronicité et sont intéressants à rapprocher des procédés de défense des persécutés et des actes superstitieux de bien des débiles. Cela germe généralement sur un fond de sottise, la même que l'on trouve aux petites pratiques et superstitions des dévotes.

J'ai observé plusieurs enfants qui montrent quelle étendue peuvent acquérir les obsessions dès le jeune âge.

Début à 9 ans. Obsession avec crainte occasionnelle. — « Trucs » mentaux de défense analogues aux procédés superstitieux. — Craintes systématisées, « manies », complications de tics, de débilité mentale et d'arriération chez une enfant de 14 ans. — Marguerite Col..., âgée de 13 ans et demi, 2 novembre 1910.

Renseignements fournis par les parents. — Du côté du père, les parents et les frères et sœur seraient scrupuleux et un peu originaux ; le père lui-même est scrupuleux, superstitieux et très religieux. Il a peur du nombre 13. Étant enfant il avait des idées comme celle-ci : « Si je ne rattrape pas ce tramway, je mourrai cette année. » La mère serait indemne, mais pendant qu'elle était enceinte de la malade, elle n'a cessé de pleurer et d'être triste. Elle paraît peu intelligente. A part cela, grossesse et accouchement normaux.

Trois enfants : l'aîné, né avant terme, mort de méningite ; la deuxième, la malade ; la troisième, considérée comme très intelligente.

Nourrie au sein, l'enfant a marché à 13 ou 14 mois, a parlé très vite, paraissait intelligente, mais était insupportable, abîmait les meubles, arrachait les bonbons qu'elle voyait aux enfants dans les rues. Rougeole. Coqueluche.

A 9 ans, les religieuses où elle allait en pension lui ayant persuadé que sa mère mourrait si elle n'était pas sage, elle fut obsédée par cette crainte de la mort de sa mère, pendant six mois, une fois sortie de chez les religieuses. Sa mère dit qu'alors elle montait et descendait plusieurs fois les escaliers pour empêcher cette mort. (L'enfant se trouve sotte actuellement d'avoir fait cela parce que ça n'empêche rien). Elle a dit aussi des paroles spéciales dans le même but, à moins que cela n'aît été pour chasser l'obsession. C'est ainsi qu'au milieu de son travail ou de ses paroles, elle intercalait des mots étranges, par exemple « la mère mic-mac. »

Elle aurait eu à peu près à la même époque de la coxalgie nerveuse (?)

Elle a toujours eu horreur des vieilles gens, des laids, des personnes sans dents ; elle ne voulait pas embrasser sa grand'mère quand celle-ci n'avait pas son râtelier ; elle qualifie de sale tout ce qui lui répugne. Elle se lave fréquemment et a horreur d'une eau un peu trouble. Quand elle va aux W.-C., elle use trois journaux, « parce qu'il n'y a que les fous qui aient le derrière sale. »

Elle enveloppait les sous par crainte de les avaler. Elle a imité à un moment un cousin qui avait un tic. Elle se casse les ongles avec ceux de l'autre main. Elle est amoureuse de ses vieilles affaires. Elle serait obsédée par des gros mots qu'elle dirait quand sa mère n'est pas là.

Elle est très religieuse et a très peur de l'enfer.

Une fois à l'école elle est restée quinze jours sans bouger parce qu'on lui a dit que ses oreilles allaient tomber.

Elle a appris à lire et à écrire très difficilement, mais ensuite écrivait continuellement à ses amies.

Elle a eu son certificat d'études à 14 ans.

En ce moment, on l'amène à la consultation parce qu'elle est obsédée par la crainte de l'appendicite ; il y a quelque temps elle ne voulait boire que de l'eau bouillie par crainte de la fièvre typhoïde. Elle se retient de manger pour être mince, car elle a horreur des grosses personnes. Elle a perdu 9 kilos (?) depuis trois mois. Elle se lave continuellement les mains. Elle est très minutieuse, et en arrivant dans le service elle s'est fait expliquer en détail comment étaient les carreaux du tablier qu'on allait lui mettre.

Examinée à plusieurs reprises dans le service, elle explique très mal ce qu'elle ressent. C'est une débile qui a une mémoire très bonne, grâce à laquelle elle a pu passer son certificat d'études ; opinion avantageuse d'elle-même et dégoût des autres. Très asymétrique et aspect un peu bizarre. En somme obsessions multiples peu intenses, mais très variables de forme, et chroniques depuis l'âge de 9 ans, avec doute, délire du toucher, trucs de défense, superstitions. Il faut ajouter que c'est une enfant gâtée, capricieuse, fantasque, ce qui s'accorde bien avec les tics qu'elle a présentés, surajoutés aux obsessions. La mère la retire au bout de quelques jours.

23 février 1911. — On ramène à la consultation la jeune malade, améliorée, dit la mère ; en tous cas elle a engraissé, car elle a recommencé à manger.

Mais elle continue à vouloir être propre, à se laver les mains à outrance; elle a usé dernièrement un savon en deux jours. Elle use une quantité de serviettes au moment des règles. Elle a la manie de remettre sa montre à l'heure à chaque horloge qu'elle voit. Elle recommence ses prières après en avoir dit une partie, parce qu'elle pense que si elle ne les recommençait pas on lui couperait les cheveux. Elle ne veut pas dire qu'elle a 15 ans, parce qu'elle se trouve trop bête pour cet âge; d'ailleurs auparavant elle n'avouait toujours que son âge diminué d'un an. Elle se trouve aussi trop grosse de poitrine et s'en tourmente (elle est très plate). Aujourd'hui elle bégaie beaucoup, chose qu'elle ne faisait qu'accidentellement auparavant. Comme on lui en fait la remarque, elle ne bégaie plus. Elle a apporté, pour la faire voir au médecin, une liste, écrite hier soir, par elle, des noms, prénoms, dates de naissances et adresses de toutes ses compagnes de cours, indications qu'elle a retenues par cœur pour les avoir entendues demander par la maîtresse à son école. Elle est très fière de cette preuve de mémoire. Elle n'a d'ailleurs pas gagné, dit la mère, sous le rapport du raisonnement. Elle ne comprend pas ce qu'on lui apprend en classe.

Peur d'avaler des aiguilles. — Doute. — « Délire du toucher » ayant débuté à 12 ans. — Grosses anomalies de développement somatique. — Des..., 18 ans et demi, accordeur de pianos; vu le 15 mai 1911 à la consultation de la Salpêtrière.

Son père et sa mère seraient tout à fait normaux. Une sœur de 25 ans bien portante. L'accouchement fut long et difficile, avant terme : D. est né avec un jumeau qui est venu mort. Il a marché à 1 an, parlé à 2 ans; pas de convulsions; mais il urinait au lit jusqu'à 5 ans. A eu trois fois la rougeole; à la troisième fois à 7 ans et demi, il aurait eu des accidents méningés (?).

D... a été au collège et apprenait bien, mais dès l'âge de 12 ans il se lavait constamment, craignant de toucher les boutons de porte et de se salir en prenant les dossiers des chaises.

Depuis 1 an et demi il a peur de trouver des aiguilles, des choses coupantes dans sa nourriture. Etant chez sa tante il inspectait la cuisine et chez sa mère il en faisait autant : « Des fois, dit-il, je trouve qu'on ne fait pas assez attention aux aiguilles chez nous (son père est tailleur). J'avais peur que ça me perfore les intestins. » Il ne rêve pas d'aiguilles ni d'épingles, mais il en est constamment préoccupé. Depuis sept mois, raconte sa mère, il « se contrarie » pour un rien, il pousse des cris pour une bêtise, il ne veut plus manger de viande, et il ne travaille plus, lui qui faisait avec beaucoup d'entrain son métier d'accordeur dans les fabriques de pianos, parce qu'il trouve maintenant que « chez Pleyel, il y avait dix heures de travail et que c'était trop fatigant. » Il est toujours solitaire, sans amis; il est devenu douillet et difficile, et, depuis quelque temps, il tient sur un carnet registre de ce qu'il a mangé et de ce qui l'a préoccupé « pour mieux se rendre compte »; dans ces écritures il n'affirme jamais; il écrit toujours « je crois que... »

D. — Vous doutez donc toujours?

R. — Oui, dans ce que j'écris.

Il s'intéresse pourtant encore à son métier, car il est allé hier visiter une fabrique de pianos et a regardé attentivement les machines; mais il ne lit plus que le journal, et à peine.

Il a 1m63 de taille, paraît-il, et pèse 56 kilos. Il a de nombreuses malforma-

tions : front très bombé, inégalité pupillaire marquée (pupille gauche plus petite); la voix est bitonale, les membres inférieurs sont bien plus développés que les supérieurs; asymétrie thoracique avec mauvais développement du thorax, scoliose à convexité droite; bassin féminin; le testicule gauche n'est pas descendu dans les bourses; poils nombreux sur tout le corps, mais peu sous les aisselles.

N'ayant vu ce jeune homme qu'une fois, il m'a été impossible d'être assuré que ce doute ne pût pas être, comme chez Marg... l'annonce d'une hébéphrénie avec démence rapide (p. 88).

Obsession et tentatives de suicide par vérification. — Enfin, je citerai en passant l'observation d'une jeune fille, Mlle X..., atteinte d'obsession du suicide, et probablement avec mélange superstitieux. Un jour elle avait voulu, dit-elle, se tuer en se jetant par la fenêtre; comme sa mère l'avait enfermée, elle tentait depuis par « manie de vérification », de se suicider pour savoir si elle pourrait encore le faire et elle se serrait le cou avec une telle force, à plusieurs reprises, qu'une surveillance étroite devint absolument indispensable, et je dus la faire entrer à la Salpêtrière. C'est ce qu'on peut appeler le suicide par vérification.

J'aurais dû, pour être complet, donner encore ici des observations renfermant d'autres éléments de l'état mental neurasthénique, comme ceux que j'ai étudiés à la sémiologie. Comme je me suis déjà longuement étendu sur eux, je renvoie aux passages qui en traitent. Mais ce n'est qu'en tenant compte de cette addition que le résumé suivant donne la physionomie assez complète de l'état psychasthénique.

Exposé général.

L'obsession est l'*exagération* passagère ou chronique pour une ou plusieurs idées d'un *état fondamental* et *permanent*, la neurasthénie psychique, essentiellement caractérisée par :

L'émotivité et la tendance au pessimisme.

Le piétinement intellectuel.

L'incertitude.

L'irrésolution.

Traduisant la fatigue psychique, accompagnée généralement de neurasthénie somatique plus ou moins accentuée, qui en est le support.

A côté de l'obsession proprement dite, se rencontrent d'autres genres de troubles paroxystiques de la neurasthénie. Mais c'est la première qui sert de type par sa fréquence beaucoup plus grande.

Il n' y a d'ailleurs pas de différence absolue entre les différents genres et souvent plusieurs se rencontrent ensemble.

Cet état fondamental ou caractère obsédant peut être constitutionnel, c'est-à-dire apporté en naissant, acquis sous l'influence de chocs émotionnels, surtout répétés, de fatigues, etc., enfin mixte.

On rencontre très fréquemment dans les ascendants du malade des cas de folie, de psychasthénie, de névropathie, et aussi de ce qu'on appelle l'arthritisme (celui-ci se combine souvent avec les névropathies, et alors on l'appelle *neuro-arthritisme*) : il semble pour l'obsession que *l'hérédité*, dans le véritable sens du mot, soit souvent en jeu (Voy. l'exemple de la famille A. p. 285).

L'obsession, ou paroxysme psychasthénique, peut être provoquée par des causes extérieures ou être pour ainsi dire spontanée, ce qui est le cas le plus grave au point de vue de la curabilité.

1° État permanent. — A. ÉTAT MENTAL DE LA NEURASTHÉNIE. — Cet état est essentiellement sujet à des variations d'intensité suivant les moments, et aussi à des nuances suivant que tels ou tels symptômes prédominent.

a) *Émotivité.* — Timidité.

État de crainte vague, préoccupations de soi et concentration sur soi.

Pessimisme.

Tendance à grossir les événements, « à se croire mort », pour un rien.

Incertitude, doute, scrupule.

Manque de confiance.

Affaiblissement de l'impression du réel. — Besoins de direction, d'affirmation, de vérification.

Sentiments passagers d'étrangeté du moi, du corps, du monde extérieur.

Sentiment passager du déjà vu.

Sentiments d'automatisme.

Sentiment d'incomplétude des opérations mentales.

b) *Tendance à la rumination intellectuelle* ou piétinement sur place : les opérations intellectuelles sont interminables.

Bavardage intérieur et rabâchage extérieur ; en sens contraire, ralentissement et difficulté de la pensée. Difficulté de l'attention interne (« aprosexie ») et externe.

Instabilité de l'attention interne et externe. — *Mémoire retar-*

dée. — C'est un des symptômes dont se plaignent le plus les malades. — Perceptions erronées; *lapsus* fréquents, mauvais automatisme; tendance à la répétition d'associations fortuites (surtout désagréables); le malade se « frappe » facilement; *tendance à l'association par contraste;* tendance aux « manies mentales »; *fatigabilité mentale;* faiblesse irritable, excitabilité mentale, « mentisme »; confusion « consciente » (« tourbillon des idées »).

c) *Indécision*, Irrésolution.

B. Neurasthénie somatique. — J'énumère seulement, en insistant sur l'importance de l'anxiété et de l'angoisse précordiale dans la genèse des paroxysmes, les signes physiques très nombreux:

Céphalée, souvent en *casque.*

Rachialgie (irritation spinale) avec la *plaque* sacrée ou lombaire fréquentes.

Douleurs diffuses, névralgies variées dans les membres, engourdissements, fourmillements (quelquefois rien que par le poids des couvertures dans le lit), sensations diverses plus ou moins bizarres, probablement dues à un mauvais fonctionnement des nerfs périphériques (1); douleurs fixes dites *Topoalgies* de Blocq.

Insomnie à allure variable, accompagnée souvent de secousses, sensations bizarres, polyurie, rêvasseries, cauchemars, etc.

Vertiges avec plus ou moins de titubation, etc.

Réflexes tantôt diminués, tantôt augmentés.

Troubles sensoriels parmi lesquels il faut noter surtout l'asthénopie accommodative, les mouches volantes, le brouillard devant les yeux, les bourdonnements d'oreilles, la sensibilité exagérée aux bruits, la sensibilité au froid, etc.

Troubles digestifs, dilatation de l'estomac, constipation, entérite muco-membraneuse, etc.

Troubles circulatoires, palpitation, pseudo-angine de poitrine, spasmes, dilatation des vaso-moteurs, sensation d'angoisse et d'anxiété.

Troubles génito-urinaires, frigidité, impuissance, excitation anormale, pollutions, polyurie, etc.

Troubles généraux, amaigrissement.

Suivant que le côté somatique ou le mental est plus atteint, on

(1) Je crois en effet que dans la neurasthénie, non seulement le cerveau et la moelle mais aussi les nerfs périphériques sont atteints, car dans certains cas les malades sentent s'engourdir leurs membres par *compression* nerveuse avec une facilité anormale. Ce sont en partie ces faits que des auteurs anglais ont décrits autrefois sous le nom de *Night palsies*.

distingue deux formes : la neurasthénie et la neurasthénie mentale ou psychasthénie; dans cette dernière, l'obsession joue ordinairement un grand rôle. Pourtant, on pourrait dire aussi que la prépondérance de l'obsession constitue une troisième forme plus particulièrement constitutionnelle.

2° **Paroxysmes psychiques.** — A. Obsession. — Dans l'obsession, une ou plusieurs idées, de contenu ordinairement désagréable, prennent une importance prépondérante, un relief intense, très rarement avec l'extériorisation hallucinatoire, et s'imposent à l'esprit du malade, pendant un temps anormal, involontairement, automatiquement, senties comme étrangères, en s'accompagnant d'une émotion désagréable, complexe et variable suivant la nature de l'idée et pouvant entraîner des actes corrélatifs. Cette émotion me paraît avoir une triple origine : le contenu de l'idée, suscitant les différentes nuances de la crainte, la peur, le doute; le mécanisme même de l'obsession qui s'accompagne automatiquement d'anxiété ou d'angoisse (celle-ci précède parfois l'apparition de l'idée); enfin la reconnaissance même de la nature pathologique de l'obsession. Cette reconnaissance n'est pas absolue ni complète pendant toute la durée de la crise. Elle l'est d'autant moins que le contenu de l'obsession est par lui-même plus émotionnant. Au maximum de celle-ci, elle disparaît pour reparaître ensuite. Mais au début, tout au moins, le malade a la sensation d'un corps étranger intellectuel, d'une effraction de sa personnalité intime, et l'on comprend le désordre intellectuel et émotif qu'une pareille constatation peut amener (souvent le malade croit qu'il devient fou), rendant l'analyse personnelle fort difficile pendant la plus grande intensité de la crise, et le travail intellectuel impossible, puisque toute l'attention est concentrée par force sur l'obsession et toute la volonté employée à lutter contre elle. Il peut y avoir des actes corrélatifs à l'obsession, mais pas d'impulsion proprement dite (voyez plus loin *Impulsions*).

Le *côté physique* est également atteint; les troubles de la neurasthénie somatique apparaissent ou s'accroissent : céphalées; craquements dans la nuque; brouillard devant les yeux; bourdonnements; palpitations; sensations d'angoisse, précordiale et suivant d'autres localisations; vertiges; dérobement des jambes; sueurs froides; sensations bizarres, de fatigue, de faiblesse, etc., etc.

Réactions motrices de l'angoisse quelquefois intenses.

Insommie, cauchemars, parfois en rapport direct ou indirect avec l'idée obsédante.

Il va sans dire que ces symptômes peuvent être plus ou moins atténués, mélangés d'une façon variable. Ils sont généralement plus intenses le matin, de même que le neurasthénique somatique, le mélancolique sont plus déprimés à cette période de la journée.

Le *début* peut être brusque ou graduel. La *marche* d'un accès est généralement rémittente.

La *durée* très variable, de quelques heures à quelques mois. Parfois difficile à délimiter.

Terminaisons : guérison (de l'accès); passage à l'état chronique; passage à la mélancolie anxieuse (rare); passage à la folie systématique (rare); passage à la démence (rare).

Dans le *passage à l'état chronique* il y a atténuation notable et accoutumance relative; mais il peut arriver que le rabâchage intellectuel, le piétinement, l'irrésolution étant prépondérants, le travail intellectuel reste très difficile et le malade, sans être un dément, est hors d'état de s'occuper utilement. Bien entendu il y a des degrés aussi dans cet état chronique.

Cet état chronique peut s'installer à la suite de plusieurs accès ou d'emblée.

Formes de l'obsession. — On a décrit ces formes sous une foule de noms divers, grecs ou pseudo-grecs, qui ne disent absolument rien à l'esprit: les auteurs ont aussi essayé beaucoup de classifications. Elles sont toutes artificielles et inexactes, celle que je vais présenter comme les autres. Je ne citerai que quelques formes principales. Elles tiennent d'ailleurs toutes plus ou moins les unes des autres; elles se présentent rarement isolées et de même forme pendant toute la durée de la vie du malade, mais souvent elles sont changeantes et multiples.

D'abord il faut remarquer que l'obsession peut se présenter sous une des quatre formules suivantes: idée abstraite; — idée concrète sensorielle; — idée concrète motrice; — phrases ou mots sous leurs quatre formes.

1° Le *contenu en est indifférent.* — L'obsession peut être spontanée; — occasionnelle (c'est-à-dire par persistance d'une association fortuite).

2° Le *contenu est désagréable : Obsession-crainte.* — Cela n'a rien d'étonnant, vu le « ton fondamental » pessimiste de l'obsédé. Cette « phobie » innombrable a des nuances :

(*a*) *Craintes hypocondriaques.* — Les plus fréquentes sont la :
Crainte de la mort;
— de la syphilis;
— de la rage;
— de rougir;
— de ne pouvoir marcher;
— de ne pouvoir se lever, etc.;
— de faire du mal avec des épingles, des couteaux, etc.;
— de mettre le feu;
— de toucher (par un mouvement *actif* surtout) tel ou tel objet.

(*b*) *Craintes superstitieuses.* — Le *contenu est superstitieux* : par exemple, « si je ne rattrape pas ce tramway, je mourrai ».

(*c*) *Craintes par contraste :* par exemple, crainte de blasphémer au milieu de la prière.

(*d*) Le *contenu est désagréable par persistance d'association occasionnelle* :

Crainte de certains objets inoffensifs;
— de toucher certains objets;
— des espaces (agoraphobie);
— des lieux fermés (claustrophobie);
— de la foule;
— de certains animaux, etc.
— de trembler (trémophobie);
— de ne pouvoir se tenir debout (staso-basophobie), chez des tabétiques, des ramollis, etc.

Le premier accès est généralement provoqué par la coïncidence d'une émotion désagréable avec la présence de l'objet ou de la cause extérieure, qui rappelle ensuite automatiquement la crainte et les phénomènes somatiques associés, certains de ces malades étant toujours sous l'imminence d'une émotion désagréable qui ne demande qu'à « s'accrocher » à quelque chose. Cet état peut être aussi considéré comme « aboulie systématisée ».

3° *Folie du doute.* — Le contenu comporte une interrogation, qui entraîne le doute : c'est la « folie du doute », « Grübelsucht » des Allemands. Le contenu peut être :

Banal (la porte est-elle fermée ?);
Métaphysique;
Superstitieux;

Moral; c'est le scrupule, bien connu par les prêtres catholiques qui confessent de si nombreux douteurs.

Le doute, état très intellectuel, peut acquérir une intensité qui se rapproche tout à fait de l'émotion.

L'interrogation entraîne une réponse :

Soit verbale. { Langage intérieur. / Langage à mi-voix. / Paroles artificielles (truc mental).

Soit mimique : mouvements de tête approbatifs.

Soit d'acte.... { Approprié. / Artificiel (truc ou superstition).

Le malade recherche avant tout l'affirmation étrangère impérative qui fait cesser ou amoindrit l'accès.

La « folie du doute » a une très grande tendance à la chronicité. Elle implique une bien plus grande participation du « moi ».

Actes corrélatifs aux obsessions. — Ces actes, actes proprement dits ou paroles, peuvent être non seulement liés au doute, comme je viens de le dire, mais aussi à certaines craintes. Quel que soit leur point de départ, ils ont les mêmes caractères, mais avec des nuances qui tiennent à celles de l'émotion, crainte ou doute, et alors ils se présentent sous les aspects :

De la vérification ;

Du perfectionnement ;

De la recherche de la symétrie ;

De la superstition, de la conjuration ;

Du symbolisme ;

De la défense ; — celui-ci est le plus fréquent, particulièrement le lavage des mains ou de différentes parties du corps.

De la persécution, etc., etc.

Cet acte ou geste se répète aussi longtemps que dure l'obsession. Il constitue une *sorte d'impulsion, une sorte de tic*. Le malade cherche souvent à le dissimuler par des artifices.

Il faut noter à ce propos que l'idée obsédante directe d'un acte à accomplir n'entraîne jamais (?) l'acte, sauf complication, donc jamais l'impulsion que redoute tant le malade.

4° *Obsession — recherche d'un mot; recherche angoissante du mot*, « *onotomanie* ». — Elle peut porter sur un seul mot ou plusieurs.

Charcot et Magnan avaient étudié aussi sous ce même nom d'onotomanie tous les autres cas où le mot joue un rôle prédominant

dans l'obsession et l'impulsion. Effectivement on peut les résumer ainsi :

Onotomanie..
- 1° Recherche angoissante du mot.
- 2° Obsession-crainte de prononcer un mot (la véritable impulsion est très rare, il s'agit probablement de tic).
- 3° Crainte superstitieuse du mot.
- 4° Mot préservateur (conjuration), parfois accouplé au précédent.
- 5° Mot concrété et devenu un corps solide qui a été avalé (1).

L'arithmomanie est un cas particulier de l'onotomanie ; c'est un chiffre qui remplace le mot.

B. Autres formes de paroxysmes. — Peurs et angoisses sans motifs.

Accès de sentiment d'étrangeté du moi, du corps, du monde extérieur.

Accès de sentiment de « déjà vu ».

Accès de sentiment « de présence ». Le malade a le sentiment qu'il y a quelqu'un derrière son dos qui le regarde et même quelquefois que ce quelqu'un va le frapper (très fréquents chez les spirites, mystiques, etc).

Accès de rumination intellectuelle, toutes les idées étant successivement ressassées : c'est en somme l'extension de l'obsession.

Accès de confusion (tourbillon d'idées), très voisin du précédent.

Accès de mentisme avec bavardage intérieur, autrement dit excitation intellectuelle légère, très voisine également des précédents.

Accès de « vide de la pensée ».

Accès d'irrésolution généralisée ou accès d'aboulie.

Ces accès s'accompagnent souvent de la crainte bien naturelle de devenir fou.

Somatiquement les réactions sont très semblables, sauf quelques nuances, à celles de l'obsession proprement dite.

Diagnostic. — L'état mental neurasthénique peut être confondu

(1) Pour comprendre cela, comparer avec la malade de l'observation p. 550 qui sentait des couteaux dans sa gorge et son ventre (p. 553).

avec les affaiblissements légers prémonitoires des affections suivantes :

Syphilis cérébrale ;

Paralysie générale ;

Démence artério-scléreuse ;

Démence sénile.

Ce sont les signes somatiques qui viendront lever le doute ou ceux d'un vrai déficit intellectuel. Parfois le diagnostic est impossible : il faut savoir attendre.

Le trouble plus intense, la crise d'obsession, peut être confondu avec tous les troubles s'accompagnant d'anxiété, d'angoisse, de peur ; mais avant tout avec :

La mélancolie anxieuse (distinction par les idées d'auto-accusation, de ruine, de châtiment, etc., marche de l'affection ; commémoratifs).

La folie avec idées d'auto-accusation (l'auto-accusation est réelle, c'est une certitude ; dans l'obsession, c'est bien plus une *crainte* d'être coupable et par moments il y a reconnaissance de l'inanité de la crainte).

La folie hypocondriaque (dans celle-ci le malade ne doute pas un seul instant, comme dans la psychasthénie où il y a reconnaissance de l'affection.)

Pronostic. — Moins la neurasthénie est constitutionnelle, meilleur est le pronostic.

Le pronostic de l'accès est d'autant meilleur que l'idée est moins émotive et plus occasionnelle. La folie du doute passe facilement à la chronicité.

Le pronostic est meilleur si l'accès s'accompagne d'amaigrissement.

Le début dans l'enfance indique un état constitutionnel.

Rien ne démontre qu'à la longue, après des accès réitérés, il ne puisse y avoir un certain degré d'affaiblissement intellectuel.

Quant au pronostic de passage à la mélancolie anxieuse, à la folie systématisée, à l'hallucination vraie, ces cas étant rares, nous ne savons encore pas grand chose sur leur mécanisme et sur la possibilité de prévision.

Traitement. — 1° *De l'état neurasthénique :*

Hygiène avant tout.

Massage.

Hydrothérapie (*rarement froide*).

Reconstituants chimiques du système nerveux : arséniate de soude, cacodylate de soude en injections; arrhénal, glycérophosphates, etc.

Repos et travail méthodiques.

Quand il y a amaigrissement, séjour au lit, et suralimentation rationnelle.

Séjour dans les montagnes en *hiver*. Cure de soleil et d'air froid.

2° *De l'accès d'obsession:*

Repos au lit.

Combattre l'angoisse : opium, chloral, à doses réfractées *(jamais* de piqûres de morphine).

Combattre l'insomnie : sulfonal, trional, véronal.

Hydrothérapie appropriée, enveloppements mouillés. — Affusions chaudes. — Douches chaudes, tièdes ou écossaises, tonisédatives. — Bains tièdes.

Cures d'altitude, de campagne.

Isolement (souvent indispensable à cause de la maladresse de la famille).

Psychothérapie dans certains cas, mais en tous cas réconfort du malade par le médecin : l'obsédé recherche presque toujours un appui extérieur et s'en trouve bien. — Mais la psychothérapie sans le traitement physique est tout à fait illusoire.

Tics (1).

C'est un phénomène très voisin de l'obsession. Je serai très bref. Voici un résumé d'observation très banale, mais qui servira à fixer les idées.

La jeune Gon..., âgée de 13 ans, est amenée à la Salpêtrière le 4 février 1911 parce qu'elle se serait trouvée mal au moment de ses règles : un point de côté, mal à la tête, sensation d'étouffement, chute à terre, mais sans perte de connaissance. Cela aurait eu lieu trois fois depuis le 1er juillet, et la dernière fois le 1er février. La mère craignant l'épilepsie, on prend l'enfant en observation.

L'enfant est normale comme intelligence, et même elle est très bien douée, elle est très éveillée; elle est en avance sur son âge, car elle a eu son certificat primaire à 11 ans et elle prépare son brevet supérieur. Elle est considérée un

(1) H. Meige et E. Feindel, L'état mental des tiqueurs, *Progrès méd.*, n° 36, 7 septembre 1901. — H. Meige, art. Tic, in *Pratique médico-chirurgicale*, Paris, 1911.

peu comme une merveille par sa famille, aussi est-elle capricieuse et gâtée. On s'aperçoit qu'elle a un tic dont la mère n'a pas parlé. Fréquemment elle cligne des yeux, dévie la bouche d'un côté et hausse les épaules, alternativement. Par moments, ce tic se répète jusqu'à vingt fois en quelques minutes. On apprend qu'à l'âge de sept ans ce tic est apparu par imitation d'une maîtresse. Depuis, l'enfant, qu'on n'a pas essayé de corriger, a répété ce tic et ne peut plus s'empêcher de le faire. On essaye de la rééducation, mais la mère retire l'enfant avant qu'on ait pu instituer vraiment le traitement et avant qu'on ait pu se faire une opinion sur les accidents des règles.

Voilà donc ce que c'est qu'un tic : un mouvement ou un ensemble de mouvements coordonnés ayant eu une idée comme point de départ (ici l'imitation de la maîtresse); puis détaché de l'idée, devenu une habitude automatique, involontaire, se produisant *malgré* la volonté, spasmodiquement, chez une enfant capricieuse, gâtée par ses parents. On remarquera aussi l'*imitation* comme point de départ, chose très fréquente en pareil cas. En somme, le tic est une *exagération* pathologique de certains *traits caractéristiques avantageux du jeune âge :* l'aptitude à développer l'*automatisme moteur*, par suite de la transformation rapide de l'idée en acte; l'*imitation* si facile de l'enfant en est une application normalement utile lorsqu'elle est réglée. Chez cette petite fille il y a une inégalité du développement entre son intelligence très éveillée et sa volonté restée plus enfant, grâce à la complicité inconsciente des parents. C'est là le fond de l'état mental du tiqueur : *l'infantilisme de la volonté*. Cela se retrouve même chez l'adulte tiqueur, qui peut être très intelligent, très bien doué souvent, et malgré cela est un grand enfant par un côté, sa faiblesse instable volontaire.

Chez la petite fille obsédée que j'ai étudiée (p. 575), il y avait aussi des tics, mais ils n'étaient pas très durables, parce que les parents y veillaient à temps. La tendance aux tics et à l'imitation était frappante chez cette enfant, puisqu'une fois sortie du service et rentrée chez elle, elle imitait, avec tendance à la répétition involontaire, différentes idiotes ou arriérées qu'elle avait vues.

Le tic dont j'ai donné un exemple est le tic unique, limité; il peut se développer et persister pendant toute l'existence chez des gens qui sont devenus des adultes, assez bien développés au point de vue mental, sauf sur ce petit point, cette mauvaise habitude motrice définitivement incrustée.

J'ai connu autrefois un homme intelligent, travailleur, très maître de lui et

pas du tout instable, M. Fr..., qui avait atteint une haute situation et qui jusqu'à ses derniers jours a présenté un tic de la face très marqué. Évidemment chez lui, où la rééducation n'avait pas été tentée, le tic avait survécu à l'anomalie disparue de la volonté.

A côté du *tic mouvement* ou *clonique*, il y a le *tic attitude* ou *tonique*, dont le plus fréquent est le *torticolis mental*. Quelquefois un tic en suscite un second, qui a pour but de corriger le premier.

A côté de ces tics proprement dits, il y a ce que Brissaud a appelé d'un très mauvais mot : *chorée variable* et *tics variables*. C'est en somme plutôt un début de tic, une tendance au tic généralisée, qui se produit surtout de 8 à 15 ans : l'idée est suivie immédiatement du mouvement, mais l'idée changeant le mouvement change aussi. Dans la première forme les mouvements successifs sont subintrants, mobiles et onduleux comme dans la chorée de Sydenham, dans la seconde ils ont plus le caractère de mouvements coordonnés, systématiques, spasmodiques, séparés les uns des autres et en des parties différentes du corps. C'est très voisin de la transformation rapide de l'idée en acte de l'excité-agité, avec cette grosse différence qu'ici c'est à froid que cela se passe, car il n'y a pas d'excitation intellectuelle ni de bavardage, seulement de l'instabilité des idées motrices. Le plus souvent, ce tic s'accompagne de bruits laryngiens, toujours les mêmes.

Les *tics les plus fréquents* sont : le clignement des yeux, des sourcils ; les mouvements des lèvres et de la langue; le grincement de dents; le reniflement ; le hochement de tête ; le haussement des épaules ; le claquement des doigts ; le grattage du nez ; le balancement de la tête, du tronc, le léchage des lèvres; le rongement des ongles (« onychophagie »); l'arrachement des cheveux, des poils, de la moustache (« trichotillomanie »); le grattage d'une partie quelconque du corps ;

L'émission de sons gutturaux, d'exclamations, de jurons, de mots obscènes.

Ils sont *exagérés* par la fatigue, par la crainte, mais ils peuvent être *supprimés* ou *atténués* devant autrui.

L'état mental du tiqueur touche par tant de points à celui de l'obsédé qu'il y a souvent coexistence des deux états, comme le montre l'observation de la jeune Col... (p. 575), véritable réunion de plusieurs types de déséquilibre mental, à la fois arriérée, débile,

obsédée, « maniaque » (1) et tiqueuse, et douée en outre d'une mémoire mécanique remarquable. Cette coexistence de l'obsession et du tic explique que le tic puisse naître à la suite d'une idée obsédante entraînant une vérification motrice, passée en habitude. Il arrive aussi que le tic peut être la cause d'une obsession et alors le tic devient obsédant. Il faut être prévenu de la coexistence possible des deux états mentaux, obsession et tic, pour être à même de débrouiller certains cas très embarrassants. Si j'ajoute que le tic ne met pas à l'abri de la folie, on ne s'étonnera pas de voir les idées délirantes pouvoir provoquer des tics qu'il faut différencier, ce qui n'est pas toujours commode, des *stéréotypies motrices secondaires* (voyez p. 208) qui en sont voisines.

Le *diagnostic* des tics (en y comprenant la chorée variable et les tics variables) doit être fait avec :

La chorée de Sydenham (mouvements plus subintrants et arrondis, pas de bruits laryngiens, *augmentation* devant le médecin).

La chorée hystérique.

La chorée chronique.

Les mouvements des instables et des turbulents (p. 404) (commémoratifs, généralement bavardage et occupations variées).

Les actes consécutifs aux obsessions (pas de spasme, arrêt devant autrui et par affirmation d'autrui, explications de l'obsédé).

L'agitation de certains catatoniques ou déments (autres signes).

Les actes consécutifs à des idées délirantes.

Les stéréotypies primaires et secondaires (autres signes).

Le *pronostic* est très amélioré depuis les travaux de Brissaud et Meige qui ont montré la curabilité des tics.

Traitement. — Rééducation de l'immobilité (l'immobilité doit devenir le plus beau mouvement du tiqueur, pour emprunter une formule frappante à un humoriste qui l'appliquait au soldat).

Faire faire « des mouvements commandés aux muscles atteints par le tic, exécutés de façon régulière, en suivant une mesure » (Trousseau).

Du même coup on rééduque la volonté et on redresse l'état mental général du tiqueur.

(1) Dans le sens de « manies », habitudes de prédilection.

Impulsions (1).

Il convient d'être assez réservé sur ce genre d'anomalies ; il est encore douteux pour la plupart si le déséquilibre seul peut les produire. Je renvoie d'ailleurs pour leur description à la sémiologie.

Le caractère des impulsions du déséquilibre mental serait d'être « conscientes », irrésistibles, accompagnées d'angoisse et, une fois accomplies, d'un sentiment de bien-être. Il me paraît probable que sous cette forme extrême cela est très rare.

Voici les principales:

L'impulsion au *suicide* sans raison suffisante vraie ou délirante (voyez p. 42).

L'impulsion *homicide*, dont la réalité comme signe de déséquilibre mental sans complication est des plus contestables.

L'impulsion au *vol* (kleptomanie) : — Par sorte d'habitude pathologique. — « Manie du vol ». — Par hystérie (?). — Par impulsion inexplicable et inexpliquée jusqu'à présent (les déséquilibrés volent n'importe quoi ou une seule sorte d'objet dont ils ne font rien).

Les *voleurs des grands magasins* forment un ensemble où il y certainement des catégories comme celles indiquée ci-dessus. Leur psychologie n'est pas très élucidée par tous les travaux qui ont été faits sur elle; on a relevé la tentation savamment organisée par ces grands magasins comme point de départ fréquent de ces vols. A moins qu'il y n'ait une tare intellectuelle évidente (je ne parle pas de la P. G.), le châtiment me paraît un frein assez salutaire à opposer aux vols de ces déséquilibrés. La crainte renforcera leur « volonté » bonne et contre-balancera leur « volonté » mauvaise.

L'*impulsion à mettre le feu* (« pyromanie ») n'est pas le fait de déséquilibrés simples; il faut aussi d'autres troubles mentaux (arriération, etc.).

L'*impulsion à boire* (« dipsomanie »), à s'intoxiquer avec différents poisons par crises. — Il est douteux que cela existe sans une complication (voyez p. 40).

L'*impulsion à la fugue* (« dromomanie ») (voyez p. 50). — Le

(1) A. Pitres et E. Régis, *Les obsessions et les impulsions*. Paris, 1902.

Vagabondage. — Les fugues proprement dites sont très fréquentes chez les enfants (1).

Appendice.

Anomalies d'association. Audition colorée et « Photismes ». — Ce sont des curiosités qui n'ont pas d'importance pratique par elles-mêmes, mais elles s'accompagnent souvent d'autres anomalies. L'*audition colorée* est l'association indissoluble entre les sons et les couleurs, le *photisme* est la représentation visuelle de chose abstraites, comme une durée. On peut aussi avoir de la gustation colorée, etc. Sans insister sur ces anomalies, je me contente d'en donner un exemple rapide :

Mme Je..., qui est d'ailleurs très nerveuse, a les associations suivantes entre les lettres de l'aphabet, certains mots et d'autres signes du langage et de musique d'une part et d'autre part les couleurs. Ainsi les lettres lui paraissent :

A. — Rouge tendant au magenta, avec brouillard rouge autour plus pâle. Les lettres se détachent sur un fond coloré plus pâle.
E. — Jaune paille.
I. — Blanc grisâtre avec un point noir dessus.
O. — *Id.* à peu près.
U. — Gris de lin.
AU. — Passage de l'A à l'U fondu, c'est moins brillant que les voyelles seules.
EU. — — *Id.* —
OI. — Lettres noires sur fond brouillé.
OU. — Gris bleuâtre.
EN. — E jaune, N noir.
ON. — O noir pâle, N fond blanchâtre.
B. — Noir.
C. — Jus de pomme.
D. — Noir.
F. — Jaune rouge terne.
G. — Bois.
H. — Réséda.
J. — Jaune paille. Dans J...., jaune vif.
K. — Noirâtre terne.
L. — Rien
M. — Rosâtre.
N. — Noir
P. — Bleu gris.
Q. — Noir
R. — Vert épinard.
S. — Jaune orange plutôt jaune.
T. — Bleu foncé indigo.
V. — Bleu
W. — Bleu très vif.
X. — Vert jaune
Y. — Grisâtre
Z. — Jaune orange plutôt rouge.

(1) Il est juste de faire remarquer que les enfants qui font des fugues ont très fréquement une belle-mère, ainsi que j'ai l'occasion de le constater à ma consultation de la Salpêtrière. Il faut donc y regarder à deux fois avant de déclarer une fugue d'enfant pathologique, mais l'habitude mauvaise une fois prise pourra devenir pathologique. On peut trouver ainsi la réunion fréquente du déséquilibre mental de l'enfant avec la mauvaise éducation et le mauvais milieu familial. Il ne faut pas non plus croire sur parole ce que racontent les parents de leur enfant. *Un prudent scepticisme est de rigueur.*

Les mots apparaissent en bariolage ou comme l'impression noire, mais les jours de la semaine ont une couleur particulière en tant que jours de la semaine :

Dimanche : rouge éclatant.
Lundi : gris terne clair.
Mardi : verdâtre.
Mercredi : terre de Sienne.
Jeudi : jaune vif.
Vendredi : bleu.
Samedi : jaune rouge comme le Z.

Si cette dame fixe son attention sur l'orthographe, les couleurs spéciales dominent, mais sont mélangées avec celles des autres lettres.

Les mois n'ont rien de précis (« ça flotte »).

Janvier : plutôt violet.
Février : plutôt vert.
Mars : rougeâtre.
Avril : 0.
Mai : rouge rose.
Juin : jaune soleil.
Juillet : 0.
Août : toutes sortes d'images vagues, oranges, etc.
Septembre : jaunâtre.
Octobre : gris verdâtre, pâle vague.
Novembre : sombre, vieux bleu gris.
Décembre : bistre clair.

Chiffres séparés : rien.

Nombres : 700 jaunâtre. — 13, le 3 est rouge. — 15, plutôt comme sol (note de musique).

Notes écrites sur une portée :
Do : bleu
Ré : vert.
Mi : rose vif.
Fa : jaune vif.
Sol : Terre de Sienne.
La : lilas mauve éclatant.
Si : jaune.

Saveurs : rien.
Odeurs : rien.

Une mélodie donne une impression de couleurs changeantes, vagues.

Une symphonie, une impression d'ensemble à teintes plus vives et plus tranchées que la mélodie.

La *durée* d'un mois est figurée sous la forme de successions de jours dans l'espace, comme des touches de couleurs variables, mais de la teinte du mois.

L'année est composée des mois sur un ovale complet, tantôt par devant la personne, tantôt à un endroit, tantôt à un autre ; l'ovale ressemble à une table, et les mois sont répartis également autour avec leurs couleurs. L'ovale est incliné, montant de Janvier à Août environ et descendant à Janvier depuis Octobre.

Les siècles sont représentés par une bande oblique en haut de laquelle est la personne qui, en se retournant, voit les siècles passés monter vers elle depuis l'époque à l'histoire nette. Cette bande est jaunâtre marbré.

Les diverses contrées sont de couleur :
Angleterre : rouge brun par plaques inégales.
Irlande : sorte de coupe verte, etc.

Cette dame s'est aperçue de tout cela à 18 ou 20 ans, date où elle a eu un rêve représentant une forêt avec une grande allée; une balançoire dans l'ombre et tout au bout de l'avenue une chapelle illuminée avec un prêtre; il y avait grand éclat des lumières et musique intense (?).

Ces manifestations, variables comme intensité, mais non changées, se sont adoucies et ralenties avec l'âge.

Cette dame a aussi une mémoire contrastante; un nombre pair est rappelé comme impair, la droite comme la gauche, le haut comme le bas et réciproquement; même les sensations auditives sont interverties dans bien des cas, c'est-à-dire qu'elle entend en haut ce qui est en bas, à droite ce qui est à gauche, etc.

CHAPITRE VI

HYSTÉRIE (1)

SOMMAIRE. — L'hystérie de Charcot. Une vieille observation personnelle de 1886 : Stigmates physiques ; Délires de rêve ; Somnambulisme; Prétendue action à distance des médicaments. — Comment Charcot envisageait l'hystérie et l'hypnose : il les avait ramenées à des états physiques. Côté mental secondaire. Les idées de Charcot donnent naissance à plusieurs courants.
La folie hystérique.
La psychologie de l'hystérie et de l'hypnose.
Le *pithiatisme* et le démembrement de l'hystérie; l'hystérie est une affection mentale.
Délire de rêve. Personnalités anormales. Alternance de personnalités.
Délire de rêve circonscrit. Personnalités coexistantes. Écriture automatique.
Caractère général des troubles mentaux hystériques.
L'état mental de l'hystérique. Retour en arrière.
Étiologie.
Diagnostic. Avec différents types cliniques. Simulation.
Pronostic.
Traitement. La persuasion.
Conclusion.
Appendice.
Somnambulisme infantile. Rapport avec les terreurs nocturnes.

L'hystérie de Charcot. — C'est un malade que j'ai vu en 1886 et dont j'ai pris l'observation, alors que j'avais l'honneur d'être l'interne de M. Jules Voisin à la Salpêtrière, qui va servir de point

(1) Je suis obligé de donner ici des indications de travaux de première main, un exposé d'ensemble, suffisamment complet, analogue à ceux que j'indique pour les autres chapitres, n'existant pas. On consultera pour avoir une idée approximative de cette difficile question de l'hystérie les ouvrages suivants, parmi lesquels il y en a de psychologiques; il serait impossible de comprendre sans ceux-ci la position clinique de l'hystérie : J. BABINSKI, Définition de l'hystérie, *C. R. Soc. de neurologie de Paris*, séance du 7 novembre 1901. — *Id.*, Ma conception de l'hystérie et de l'hypnotisme (pithiatisme), *Conférence faite à la Soc. de l'Internat des hôpitaux de Paris*, séance du 28 juin 1906. — *Id.*, Démembrement de l'hystérie traditionnelle (pithiatisme). Paris, *Imp. de la Semaine méd.*, 1909. — LÉON LARUELLE, Les psychoses hystériques, *Congrès de neur. et de psych.*, Gand, sept 1908, *Extrait du Bul. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, nos 140, 141, 142, 1908. — PIERRE JANET, *Les Névroses*. Paris, 1909. — ALFRED BINET et TH. SIMON, L'hystérie, in *L'Année psychologique*, Paris, 1910, p. 67. — HENRY MEIGE, art. Hystérie, *in Pratique médico-chirurgicale*, Paris, 1911 (Tirage à part). — A. MAIRET et E. SALAGER, *La folie hystérique*, Montpellier et Paris, 1910.

de départ à ce chapitre. Pour la compréhension de cette observation, il faut rappeler que ce malade avait déjà été soigné dans son enfance à Saint-Urbain, puis à l'asile de Bonneval, puis à Bicêtre, et enfin à Rochefort à l'hôpital militaire. Dans ce dernier hôpital, il avait été soumis à des expériences instituées par MM. Bourru et Burot pour constater l'action à distance des médicaments sur les sujets hystériques ou somnambules, action à distance qui avait été affirmée par ces expérimentateurs. Le titre seul de l'observation est caractéristique de l'époque.

Hystéro-épilepsie. — Suggestion. — Action des métaux, de l'aimant et des médicaments à distance. — Modifications somatiques et psychiques. — (Observation rédigée par M. Chaslin, interne du service) (1).

23 septembre. — L. V..., paraît être dans son état normal, il est doux, docile; anesthésie droite; l'œil droit ne perçoit pas le violet.

Sur la main droite, petites phlyctènes amenées par le contact d'une pièce d'or qu'on a mise hier sur sa main. La montre de M. Voisin l'attire et, en le touchant avec la chaîne d'or, on produit une contracture du bras avec ébauche d'attaque traduite par des secousses dans les muscles de la moitié droite de la face.

La compression des globes oculaires amène la léthargie.

Dans cet état, M. Voisin veut répéter les expériences de MM. Bourru et Burot. Il emploie une série de flacons, les uns vides, les autres pleins de substances médicamenteuses, mais tous de couleur sombre et bouchés à la cire par M. le pharmacien du service. Des numéros répondent à un catalogue et on n'annonce rien des numéros ou des flacons. Silence complet.

Le flacon n° 10. Au bout de dix minutes, n'a rien produit;

Flacon n° 0. Le patient se réveille spontanément.

Flacon n° 6. La chaîne de montre de M. J. Voisin effleure le pouce droit de V...; immédiatement, bouche déviée à droite avec quelques secousses dans les muscles de la partie droite de la figure et dans les muscles du bras et de l'avant-bras; puis quelques grandes inspirations et soupirs, secousses dans les membres supérieurs et inférieurs droits; quelques éructations; grandes inspirations. On enlève le flacon au bout de cinq minutes, quelques mouvements de déglutition et de gustation. Puis, retour complet au calme au bout de trois minutes.

Flacon n° 0 que l'on annonce n° 20. Rien au bout de cinq minutes.

Flacon n° 10. Aucune action.

Flacon n° 1. Quelques quintes de toux, mais à ce moment l'armoire où étaient les flacons était ouverte. On peut sentir distinctement dans la pièce l'odeur du bromure d'éthyle qui est renfermé dans un autre flacon bouché

(1) Communication de M. Jules Voisin à la *Soc. médico-psychologique* (25 octobre 1886), De la suggestion. Action des médicaments à distance chez des hystéro-épileptiques. Action de l'aimant et des métaux. Hémorrhagies cutanées. Changement psychiques et somatiques. *Annales médico-psycho.*, 7e S., t. V, 45e année, 1887, p. 134.

simplement comme à l'ordinaire. Puis sommeil léthargique profond. V... se réveille spontanément et a quelques nausées, se détire fortement avee bâillements.

Après quelques minutes de repos, V... est mis en léthargie.

Flacon n° 00. Rien. On s'assure de l'existence du sommeil nerveux en provoquant des contractures, en frôlant légèrement la peau. Le souffle n'a pas d'action. Quelques inspirations profondes et quelques secousses dans la partie droite du corps.

Au bout de cinq minutes, on met le *Flacon n° 2.* Rien.

Flacon n° 9. Quelques éructations, quelques mouvements de déglutition ; contractions par intervalles des muscles du bras droit, puis plus rien. A ce moment, grandes inspirations, mouvements de torsion des différents membres, convulsions cloniques légères prédominant à droite, et enfin V... se réveille (?) à *Saint-Urbain,* les jambes contracturées en extension, suçant ses doigts et faisant une petite voix d'enfant ; il a quatorze ans et ne sait ni lire ni écrire. Au bout d'un instant, attaque avec hallucination, qui montre au patient une vipère prête à le mordre. On parvient à enrayer l'attaque en lui disant que la vipère est morte. Cependant, changement d'état, il est transporté à *Bonneval.* Il est contracturé du bras gauche en extension et complètement insensible de ce membre dont il ignore l'existence ; il a dix-huit ans, sait lire et éerire, ignore le métier de tailleur, ne reconnaît pas M. Voisin et se croit au 7 septembre 1880. Il se trouve très bien avee les fous : « Plus on est de fous, plus on rit, » dit-il ; il est gai, en train, et raconte ses fredaines avec une infirmière de l'asile. Il ne se souvient pas de Saint-Urbain. La sensibilité est revenue à droite, insensibilité à l'or, ne voit plus le jaune et le bleu à gauehe. En frottant le dos de la main gauehe, on fait céder la contracture, V... fait de grandes inspirations, des mouvements de déglution, des soupirs, des bâillements, puis enfin il repasse à l'état normal.

Replongé en léthargie.

Flacons n° 0, n° 8, n° 7. Rien.

Le *n° 0* est placé sur la nuque. M. Voisin, croyant que c'était le n° 7 (qui eontient de l'ipéca), dit tout haut : « Je sens positivement quelque chose. » Le malade fait des mouvements de la bouche, eomme s'il goûtait quelque chose ; salivation légère, signes évidents de malaise. M. Féré, présent, dit à ce moment: « Il ne manque plus que les vomissements » ; immédiatement le malade vomit. Tout le monde est saisi d'étonnement. On regarde le flacon : il est vide. Puis V... se réveille.

24 septembre. — A l'état de veille, V... prétend que le mercure d'un thermomètre placé dans son aisselle le brûle ; même action du thermomètre placé dans un étui de carton, même aetion de l'étui de earton seul, le thermomètre étant enlevé sans que le malade s'en aperçoive. Le thermomètre enfermé dans un étui en bois ne produit pas de brûlure.

Un flacon d'alcool est caché sous un oreiller ; V..., couché sur le lit pendant une demi-heure, ne présente absolument rien de spécial.

Un aimant que l'on approehe de V... à son insu ne produit aucun effet. On fait coucher V... sur un lit pendant une heure, un aimant étant caché sous l'oreiller. V... s'endort tranquillement et se réveille à midi pour déjeuner.

25 septembre. — On place le flacon n° 0 dans la main gauche de V... à l'état

normal et on le laisse à lui-même. Peu à peu ses yeux deviennent fixes, ouverts. Puis V... tombe dans un sommeil léthargique profond. Au bout de quelques instants, grandes inspirations précipitées, rappelant le bruit de la locomotive, mouvements de déglutition, contracture du bras et de la jambe gauche en extension, tandis que la main droite fait des mouvements de flexion et d'extension du poignet et des doigts; salivation; les yeux s'entrouvent puis se referment, la respiration devient courte, précipitée et superficielle, et la tête s'incline sur la poitrine.

A ce moment on substitue au premier flacon, qui venait de s'échapper, le flacon nº 10. On annonce tout haut que c'est l'antidote du premier flacon. V... marmotte des paroles indistinctes, pousse des soupirs, répond vaguement aux questions. Il dit qu'il n'est pas malade, qu'il n'a pas trop bu, semble voir quelque chose, puis il ouvre les yeux et se croit à Bicêtre, salle Cabanis, dans le service de M. Voisin. Il est sensible à droite. A ce moment, M. Voisin lui montrant sa montre, il se précipite dessus, les yeux fixés sur la montre, et cherchant à la toucher du front. On l'arrête, et par la pression sur les globes oculaires, on le plonge en léthargie. La friction légère exercée avec la main sur la nuque le fait passer en somnambulisme; puis enfin on le réveille en lui soufflant légèrement sur les yeux.

Voici la liste des flacons :

Flacons nºs	1.	Eau de laurier-cerise.	Flacons nºs	8.	Valériane.
—	2.	Alcool.	—	9.	Pilocarpine.
—	3.	Atropine.	—	10.	Rien
—	4.	Emétique.	—	0.	Rien
—	5.	Eau distillée.	—	00.	Nitrite d'amyle.
—	6.	Cantharides.	—	000.	Huile de croton.
—	7.	Ipéca.	—	xx.	Teinture d'opium.

27 septembre.— Une fois endormi, à la suite de quelques expériences de suggestion, V... s'agite, présente des convulsions légères cloniques dans les membres droits et dans la moitié correspondante de la face, puis il devient contracturé des deux jambes, en extension avec insensibilité complète des deux membres inférieurs, la sensibilité persistant partout ailleurs. Il est à Bonneval au mois d'avril 1879, venant de Saint-Urbain qu'il a quitté depuis un mois et demi. Il ne sait pas lire, il épèle seulement, il ne fait que des bâtons et ne sait écrire que A, B, mais pas C. Il apprend le métier de tailleur et sait faire des culottes. Il répond à toutes les questions avec une voix d'enfant. Puis sa physionomie change, il a quelques secousses dans les membres; puis il a l'air de s'endormir un instant, entrant en partie en résolution. Puis les yeux deviennent fixes, les pupilles se dilatent, on peut lui mettre les membres sans résistance, dans une position quelconque qu'ils gardent; le front se plisse, les sourcils sont portés en haut, les paupières se relèvent d'une façon marquée de telle sorte que les ouvertures palpébrales deviennent plus grandes qu'à l'état normal: spasme passager des masséters qui serrent les mâchoires pendant quelques instants. Tout rentre bientôt dans une apparence normale; les muscles se détendent, la respiration devient plus accélérée et plus profonde; V... pousse des soupirs, ne répond pas aux questions; un instant plus tard, il répond *qu'il est à Rochefort*. Il répond avec brusquerie et insolence et ne reconnaît personne. Il raconte qu'il s'est sauvé de Bicêtre le 2 janvier à six heures du matin, a été à la mairie

du quatrième arrondissement de Paris, où il s'est engagé dans l'infanterie de marine. A une question lui demandant où est un de ses amis nommé R.... il répond : « Je ne sais pas où il a f... le camp, cet enfant de g... là... »

Sensibilité intacte sur la moitié gauche du corps. V... envoie au diable ceux qui lui bouchent l'œil gauche. L'œil droit est incapable de distinguer les objets. Hémiplégie droite, flasque, absolue, avec perte de toute espèce de sensibilité. Il lit bien avec l'œil qui reste intact et il répond qu'il a vingt-deux ans et qu'il est à l'hôpital militaire de Rochefort. Il veut enfoncer sa baïonnette dans le ventre de M. Berjon, qu'il gratifie d'épithètes malsonnantes. Pour lui, M. Bourru n'est pas un mauvais diable, mais il veut f... les quatre fers en l'air à Berjon.

Avant d'avoir été à Bicêtre, il a été à Chartres jusqu'à vingt et un ans ; il n'a jamais, dit-il, bougé de Chartres, n'a jamais été à Bonneval ni à Saint-Dizier, mais il se rappelle vaguement Saint-Urbain où il prétend avoir été élevé, avoir appris le métier de vigneron et où il buvait du bon vin. Puis de là il est retourné à Chartres, il a été un peu malade, aussi a-t-il été à Bicêtre quelques jours, puis enfin est venu à Rochefort où il est présentement. — Il ignore la perte de l'usage de sa main droite, il a les deux mains comme tout le monde et quand on lui dit : « donne-moi les mains », il donne deux fois la main gauche en disant : « *voilà les deux.* »

Avec l'œil gauche il voit double un porte-plume qu'on tient à distance, mais quand on le lui donne à tenir, il reconnaît qu'il n'y en a qu'un, sans chercher à s'expliquer le phénomène. Au bout de quelques minutes, il est pris d'une agitation légère avec respiration haletante, il ferme les yeux, puis bâille, se détire et revient enfin à l'état normal.

Pendant qu'on lui cautérise avec de l'acide azotique deux verrues qu'il a aux mains, M. Artaud, à son insu, lui applique une pièce d'or sur l'apophyse mastoïde droite.

V... remis en somnambulisme, on lui suggère que l'or n'a plus d'action sur lui, mais bien l'argent ; puis on supprime l'action des métaux, y compris la montre et la chaîne de M. Voisin.

28 septembre. — A la place où, la veille, la pièce d'or a été maintenue quelques instants (apophyse mastoïde), on voit une rubéfaction bien franche, sans vésication, comme cela avait lieu ordinairement. — Rien ailleurs.

Un aimant est placé sur une table en face de V... Au bout de quelques instants, V... l'aperçoit, les yeux deviennent fixes, il se précipite comme attiré par l'aimant, il tombe en léthargie, et on le fait passer en somnambulisme. En cet état, on n'observe pas de transfert de la sensibilité sous l'influence de l'aimant ; pas de polarisation psychique. L'idée de tristesse provoquée amène la peur de la vipère, commencement d'attaque, arrêtée par l'affirmation que la vipère est morte.

On suggère à V... de travailler à étendre le linge à Bicêtre ; ce qu'il fait immédiatement, parcourant la pièce en faisant le geste de piquer les épingles de bois sur le linge. — On lui fait rétablir ensuite le cours de sa vie que voici.

A Nogent, trois jours de prison pour vol en août, 1882. Va à Paris, à la Préfecture, puis à Lariboisière, puis à la Préfecture d'où il est envoyé à Sainte-Anne.

Avant Nogent, il a travaillé au jardinage à Bourg de 1881 à 82. Pendant 1879-80-81, il est resté à Bonneval.

29 septembre. — V... est en état de veille, à l'état ordinaire. On colle sous deux bougies pareilles, sous l'une une pièee d'or et sous l'autre une pièec d'argent; appliquées sur la peau, ces pièees de monnaie ne font aueun effet. Unc pièee d'or libre produit immédiatement de la douleur comme par brûlure, — une autre pièee d'or, mise entre deux pains azymes et appliquée sur la peau, ne produit rien.

Pendant l'expérienee V... passe à l'état de Saint-Urbain, paree qu'on lui a parlé de la vipère : une attaque bientôt arrêtée se produit avant ee ehangement d'état. Puis de grandes expirations soufflantes, imitant le train de la loeomotive, eoïneident avee le passage de V... à l'état de Rochefort. On répète l'expérienee de la diplopie pour la eontrôler : il voit bien deux objets, quand on lui en présente un, quand il a les deux yeux ouverts, mais si on bouehe momentanément l'œil droit avee la main, il reeonnaît immédiatement qu'il n'y a qu'un objet.

Puis agitation, bruit imitant la loeomotive, et il est à La Roehelle, militaire; enfin il a passé à la Salpêtrière après avoir présenté les phénomènes suivants : une armoire où se trouvent rangés des flacons est ouverte aceidentellement devant ses yeux; il renifle fortement en regardant les flacons, semble goûter quelque ehose, puis salive et vomit sans qu'aueun mot ait été prononcé.

Une fois reposé, à l'état normal, on le met en eatalepsie; l'aimant n'attire nullement son bras étendu et immobile. Enfin, avant de le réveiller, on lui suggère que les verrues que l'on vient de brûler ne lui feront aucun mal.

1er octobre. — La suggestion d'aller à la selle est suivie d'effet immédiat, aussitôt après le réveil de V... qui, d'après son dire, n'aurait pas eu de garde-robe depuis vingt-six jours.

Aueune traee de la brûlure produite par l'or, exeepté par la pièee qu'on a mise sans la eaeher sur sa main et qui a amené une petite vésication de la dimension de la pièee de 20 franes.

V... n'a nullement souffert des eautérisations de ses verrues.

2 octobre. On fait à V... la suggestion de ne pas fumer, de ne pas lire les journaux et de ne pas, le soir, manger les fruits qu'il doit aller déballer et ranger ehez M. Voisin.

3 octobre. — Les suggestions de la veille ont été suivies d'effet.

4 octobre. — Mêmes suggestions; en outre, M. Voisin lui enjoint d'aller à la garde-robe ehaque matin.

5 octobre. — Endormi, V.. répond qu'il ne veut plus revenir le matin, eomme d'habitude, voir M. Voisin; mais sur suggestion réitérée, il dit à voix haute qu'il viendra, mais ajoute aussitôt à voix basse : « non, je ne viendrai pas, non, non. » V... se tord sur le lit; quand on lui dit qu'il aille à la garde-robe, il répond qu'il a trop souffert le matin sans avoir pu avoir de selle, qu'il a craché le sang et qu'il aime mieux aller se jeter à l'eau.

Il se met à pleurer et, malgré toutes les suggestions, ne promet pas d'être raisonnable dans la journée; au moment où on eroit lui avoir arraché son assentiment, il s'éehappe et refuse. On le surveille. M. Féré, ehez qui la veille V... s'est eomporté d'une façon eontraire à ses habitudes, l'endort et parvient

à lui faire promettre à peu près de ne pas faire de bêtises. M. Voisin était absent ce jour-là.

Réveillé, le malade dit qu'il s'ennuie de ne rien faire, qu'il va aller se promener du côté de la Bièvre ou du canal Saint-Martin; il a l'air très sombre. L'intervention de M. Garnier, qui lui promet de s'occuper de lui pour une place, le calme un peu; il finit par promettre d'être raisonnable, après trois quarts d'heure d'exhortations, se plaignant toujours d'avoir trop souffert le matin. Enfin, il part, l'air très sombre, son attitude contrastant complètement avec ses allures bon enfant ordinaires.

6 octobre. — Endormi par M. Voisin, il répond qu'il ne veut plus venir le matin; on ne réussit pas à lui faire avouer qui lui a donné cette suggestion, contraire à celle de M. Voisin. Il trépigne, pleure, et se met la figure en sang à coups de poing; se mord les doigts pour ne pas répondre. Quand on lui fait défense d'aller se promener du côté de l'Ecole pratique, il trépigne et ne veut pas promettre. Le nom de M. B... le met dans le même état, et quoique M. Voisin lui présente M. Artaud comme étant M. B... qui vient pour le délier de sa promesse de lui obéir, à lui B..., il ne veut pas céder et révéler le nom de la personne étrangère au service qui le suggestionne.

La lutte entre les deux suggestions contraires le met dans un état d'angoisse tel, qu'il trépigne, frappe des pieds avec violence, s'arrache les cheveux et se donne des coups de poing. Puis il a une attaque à forme épileptique, sans cris; puis il passe dans un état grave de léthargie vraie, avec suspension momentanée du pouls et de la respiration, les yeux ouverts. Enfin, au bout d'un certain temps, il revient à lui complètement, en crachant du sang. Il s'en va brusquement, malgré tout ce qu'on peut lui dire pour le retenir ; il répond qu'il tuera quelqu'un, si on l'empêche de sortir; il répète qu'il va finir par se jeter à l'eau ou par tuer M. B...

7 octobre. — Il a repris son aspect ordinaire et bon enfant. Il a passé la veille toute la journée chez lui à dormir, sur le conseil de M. Voisin. Au moment où il s'endort, sensation de vive brûlure à la main gauche, due à la chaîne de montre de M. Voisin qui, en se penchant, l'a effleuré. Une fois endormi, V... est docile et quand M. Voisin lui dit : « Tu m'obéiras bien », il répond tout bas : « Ah, sacré borgne, sacré borgne ! » On lui enjoint de ne plus faire de tentatives pour aller à la selle; le mot garde-robe le met d'abord dans un violent état d'agitation avec grimaces et trépignements, mais, en insistant, il se met à rire et répète avec satisfaction : « Je n'irai pas à la selle. »

On lui enjoint d'être poli, économe, de ne pas fumer et d'aller travailler chez M. F..., d'être bien portant et de ne pas cracher de sang. Enfin, on le réveille ; il a sa mine bon enfant habituelle, sauf qu'il se refuse à manger.

8 octobre. — Mêmes suggestions. En somnambulisme, V..,. manifeste une vive haine contre M. B..., et menace de le tuer; c'est lui B..., qui l'a suggestionné en sens contraire de M. Voisin pour le faire rentrer à la Pitié, et lui a interdit de manger de la viande.

9 octobre. — Même état. — Ne crache plus de sang, a été économe, poli; n'a pas fumé; « c'est mauvais de fumer », dit-il.

10 octobre. — Même état.

11 octobre. — V..., est endormi; on lui demande ce qu'il a fait hier; il raconte qu'il a déménagé M. F..., mais qu'il a eu le malheur de casser une colonne en

marbre. A ce moment il fond en larmes et commence une attaque, à la suite de laquelle il voit la vipère. Il se trouve paralysé des deux membres inférieurs. Il est à Saint-Urbain. La pression des globes oculaires le fait passer de nouveau à Rochefort, par suggestion. Il est à l'hôpital, hémiplégique droit avec contracture : il a le verbe haut, il se croit en état de faire l'exercice malgré sa contracture. Quand on lui demande la main droite, il présente la gauche; et si on lui demande la gauche ensuite, il représente la gauche en disant : « Voilà les deux mains. » Au bout de quelque temps, ébauche d'attaque, les yeux tournés en haut et mouvements de la mâchoire inférieure en bas et en avant. Après cela, il se trouve à Bonneval; il vient de se faire arracher une dent par M. Ramadier, et M. Mabille vient de sortir. Il montre son bras gauche où M. Mabille avait tracé un V. M. Voisin lui dit que M. Mabille obtenait, quand il le voulait, un V rouge et sanguignolent sur son bras gauche; il lui répète qu'il veut que dans un quart d'heure le V soit marqué à la place où au moyen d'un bon plié en quatre, il trace un V sur la peau. M. Voisin insiste. V.... devient agité, commence par refuser, dit que M. Mabille est un fou; il a les yeux fixes, puis il frotte son avant-bras gauche contre le tronc; il s'agite, est pris de nausées et de vomissements. Enfin il revient à l'état normal. Au bout de quelques instants, il se frotte l'avant-bras gauche, crie, trépigne, manifeste une violente douleur avec l'étonnement de ce qui lui arrive. Le V est marqué par un trait rouge sur la peau. V.... ne sait pas ce que c'est.

Malgré la suggestion qu'on lui fait, de nouveau endormi, il continue à souffrir du bras; mais il se rend très bien compte que c'est une expérience qu'on vient de faire sur lui, quoi qu'il ne dise rien et n'en laisse rien paraître.

Les jours suivants, V... est tout à fait comme à l'ordinaire, familier, aimable et bon enfant. Il n'a pas vu M. B... On peut, par suggestion, en somnambulisme, faire le transfert de tous les phénomènes d'hémianesthésie pour vingt-quatre heures. Même suggestion à l'état de veille, mais effet moins durable.

On examine plus soigneusement le 20 octobre son état physique, et voici ce qu'on trouve : anesthésie totale des membres supérieurs et inférieurs droits, au tact, à la douleur, à la température; perte du sens musculaire. V... ne sait pas trouver sa main droite avec la gauche, s'il ne la voit pas. L'œil droit ne perçoit que le rouge.

Rétrécissement extrême du champ visuel, moins marqué pour l'œil gauche.

Ouïe, goût, odorat diminués à droite.

Toute excitation légère de chatouillement sur un point quelconque du corps, fût-ce à droite, provoque la contraction d'un muscle sous-jacent, et on ne peut la faire cesser qu'en excitant de la même façon l'antagoniste. En même temps, V..., s'il parlait, s'arrête, fait des mouvements de torsion des membres supérieurs, et étend la jambe du même côté que celui où l'on a produit le chatouillement. Il a les yeux fixes et semble avoir perdu la relation avec les objets extérieurs. Si on insiste, il tombe en attaque. Si on suspend, grande inspiration et passage en léthargie.

V... étant en léthargie avec résolution musculaire, le même phénomène d'excitabilité au frôlement de la peau se constate; il pousse des soupirs pendant ce temps, et, au moment où l'on défait la contracture, il passe en somnambulisme, c'est-à-dire qu'il n'est plus en résolution et qu'il répond aux questions. C'est le même état que lorsqu'on a fait des frictions sur la nuque. Étant

dans cet état de somnambulisme, même effet produit et pas d'autre. Mais ce qu'il y a de spécial, c'est que si on le fait compter des nombres, il s'arrête au moment où on produit cette contraction et il ne reprend qu'au moment où, ayant défait la première, on en reproduit ou défait de nouveau une seconde. — Cette excitation périphérique le fait donc passer de léthargie avec résolution en somnambulisme, et réciproquement. Si on met V... en état de catalepsie par l'ouverture des paupières, les membres de V... sont très rigides, et si on produit la même excitation cutanée, on obtient une contracture extrêmement rigide qui ne cesse qu'en replongeant V... en léthargie.

Suivons pas à pas les symptômes présentés, en les expliquant comme on le faisait à cette époque sous l'influence, alors prépondérante, de Charcot, et nous aurons une idée de ce qu'on peut appeler *l'hystérie de 1886*.

L. V... est dans son état normal (d'hystérique) : anesthésie droite, lisons-nous dans l'observation. Ceci est un des stigmates physiques les plus célèbres et les plus classiques: l'*hémianesthésie*. L'œil ne perçoit pas le violet, lisons-nous ensuite : la « *dyschromatopsie* » et le *rétrécissement du champ visuel* (celui-ci non noté à ce moment, mais qui existait sûrement) étaient aussi parmi les stigmates que l'on devait rechercher.

La compression des globes oculaires amène la *léthargie* ou sommeil provoqué profond avec signes physiques spéciaux. La léthargie est une des *trois formes de l'hypnose*. On la provoque par diverses manœuvres physiques, dont la compression des globes oculaires, et aussi par suggestion, chez les sujets entraînés.

Le flacon n° 9 amène diverses manifestations, puis V... se trouve à Saint-Urbain, les jambes contractées, suçant ses doigts, faisant une petite voix d'enfant. Il a quatorze ans; il ne sait ni lire ni écrire. Ceci est un *rêve somnambulique spontané*, ou délire de rêve rétrospectif, pendant lequel le malade se croit redevenu enfant à Saint-Urbain avec ses accidents physiques : il ignore totalement dans cet état le séjour à Bonneville et le restant de sa vie : c'est dans l' «*ecmnésie*» de Pitres (voyez p. 192) et une des formes du *puérilisme* de Dupré (voyez p. 260). Puis attaque avec hallucination d'une vipère. C'est la reproduction d'une chose des plus fréquentes dans l'hystérie d'alors, l'*attaque convulsive*. A l'occasion d'une émotion (ici crainte de la vipère dont l'évocation amenée par association d'idée entraîne l'attaque), le malade se livre à des gesticulations, des spasmes, voire des convulsions entremêlées de délire et d'hallucinations. (Il y avait l'attaque incomplète et la

grande attaque avec des phases rigoureuses, décrites par Charcot, —lesquelles il me paraît inutile d'insister.)

On remarquera que l'attaque est arrêtée en faisant disparaître la vipère par *suggestion*. — Puis nouveau changement. L. V... se trouve à Bonneval. Nouveau délire de rêve rétrospectif sans souvenir du précédent ni des états postérieurs réels.

L'expérience du flacon, où il y a eu efforts de vomissements, montre bien l'influence de la *suggestion* seule. De même pour le mercure du thermomètre, l'alcool, l'aimant, qui n'agissent que par suggestion, ainsi que l'or de la montre, etc. On fait passer le malade en *somnambulisme* par friction légère sur la nuque, suivant le rite institué par Charcot, puis on le réveille en soufflant sur les yeux, autre acte rituel.

Spasmes et contractions passagères diverses, ébauches d'attaques, avant que le malade se rêve à Rochefort dans l'infanterie de marine. Il joue son rêve ; l'*hémiplégie droite*, *flasque*, *absolue*, la *cécité* de l'œil sont les signes physiques qu'il présentait à Rochefort. On notera qu'il a perdu le souvenir de Bonneval et d'un autre endroit, Saint-Dizier. Il ignore la perte de sa main droite : il donne la main gauche pour la gauche et la droite.

Différentes expériences en état de somnambulisme montrent la *puissance de la suggestion*.

Expérience de la *diplopie*.

Conflit entre deux suggestions amenant un état émotif violent.

Expérience du V sur la peau amenée par suggestion.

Expérience du transfert de l'hémianesthésie, par suggestion.

Constatation le 20 octobre d'une série de *stigmates physiques :* hémianesthésie totale à toutes les sensibilités; perte du sens musculaire; rétrécissement des champs visuels. Excitabilité musculaire par l'excitation de la peau.

Passage de la *léthargie* au *somnambulisme*, puis à la *catalepsie* (attitudes cataleptiques avec contractures ici surajoutées), par des manœuvres physiques.

L. V... est donc un *hystérique* parce qu'il a des *stigmates physiques :* hémianesthésie, rétrécissement du champ visuel, dyschromatopsie, parce qu'il a des attaques convulsives (ici ébauchées) avec délire de rêve hallucinatoire; il peut être mis en état *d'hypnose* par des manœuvres *physiques*, état d'hypnose qui, également grâce à des manœuvres physiques, peut se manifester sous les trois formes léthargie, somnambulisme, catalepsie, recon-

naissables à des signes physiques. Pendant cet état, il est éminemment *suggestionnable et auto-suggestionnable* et par la suggestion on peut lui faire manifester des paralysies, des contractures, etc. On peut lui procurer des hallucinations, lui suggérer des idées ou les lui enlever, puisqu'il a perdu la mémoire de certains faits et même perdu l'idée du membre paralysé, comme si celui-ci n'existait pas. J'ajoute que les expériences de M. Jules Voisin ont montré, contrairement à celles de MM. Bourru et Burot sur le même malade, que les médicaments, l'aimant, les métaux, n'agissaient pas à distance, mais seulement par *suggestion*. Ce point est acquis et je n'y reviens plus.

Ainsi L. V... présentait, à côté de symptômes physiques, des délires liés à l'attaque, des états somnambuliques spontanés ou provoqués, qui ne différaient pas en réalité des délires de l'attaque, pendant lesquels il revivait le passé, « délire sensoriel et délire de mémoire, » pertes de mémoire passagères, états « seconds », constitués par le délire de rêve.

Ce côté mental intéressait encore peu Charcot à cette époque. Ce grand professeur avait cru ramener l'hystérie à n'être qu'un *état physique*. C'est cet état physique qu'on devait étudier, et il y avait fait rentrer une foule de choses physiques, gangrène, œdème bleu (j'en ai vu), troubles trophiques divers, fièvre, etc., etc., dont la liste est trop longue pour être énumérée ici. De même l'hypnose avec ses trois états, amenés par des manœuvres physiques, léthargie, catalepsie, somnambulisme, était sortie des nuages du magnétisme animal et ramenée sur le terrain solide des symptômes palpables. Cependant Charcot commençait déjà à mêler à ce système somatique l'action discordante de l'idée, car il avait fini par s'apercevoir (pas assez !) de la puissance de la suggestion et de l'auto-suggestion et il commençait à parler de la puissance de l'idée. L'influence de Pierre Janet devait finir par le pousser complètement dans cette voie sans qu'il s'aperçût de la contradiction avec ses premières affirmations.

La folie hystérique. — Pendant ce temps, les idées premières de Charcot se répandaient et se modifiaient tant en France qu'à l'étranger, et même en Allemagne, où, sous l'influence de sentiments fort peu scientifiques, elles avaient rencontré de grands obstacles. Ce courant issu de Charcot avait dévié et était devenu un courant « psychiâtrique » (surtout en Allemagne) : on décrivait non seulement les *délires de l'attaque*, mais aussi les délires

indépendants que l'on appelait la *folie hystérique, avec différentes formes*, mélancolie, manie, stupeur hystériques, le délire « zoanthropique », le délire d'extase, le délire prophétique, le délire d'auto et hétéro-accusation, le délire ecmnésique (comme celui de L. V...), etc.; les somnambulismes spontanés (nocturne ou diurne), avec ou sans automatisme ambulatoire, les « états crépusculaires » des Allemands, dont une forme spéciale a été décrite par Ganser et qu'on appelle *syndrome de Ganser* (« Vorbeireden », langage à côté, « Vorbeihandeln », actes à côté, et analgésie), enfin l'état fondamental psychique des hystériques.

La psychologie de l'hystérie et de l'hypnose. — Simultanément naissaient d'autres courants. L'*école de Nancy*, pour qui tout était suggestion, qui combattait Charcot, reprenait l'avantage peu à peu. Charcot lui-même se laissait influencer par Pierre Janet et devenait ainsi, suivant un mot un peu inexact de Féré, le meilleur élève de l'école de Nancy. Charcot reconnaissait de plus en plus l'importance de l'idée, du côté psychique. Pierre Janet étudiait la *psychologie intime* de l'hystérie et de l'hypnose, et insistait, chose capitale, sur les *dédoublements de la personnalité*, sur les *coexistences de personnalités* chez le même sujet, expliquant ainsi les caractères particuliers des *anesthésies* et *paralysies hystériques*, des *amnésies*, des « *idées fixes* », nées et maintenues par la suggestion et l'auto-suggestion. La « *désagrégation* » *de la personnalité* aboutissait à la formation de « *sous-personnalités* », dont la vie consciente faisait bande à part, si l'on peut dire, mais influait sur le restant de la personnalité et même l'envahissait au besoin, donnant à l'hystérique ou à la somnambule tous ces aspects divers dont on avait enfin la clef, non somatique mais psychique.

Le pithiatisme et le démembrement de l'hystérie. — Mais Babinski, qui avait été un brillant disciple de Charcot, et avait même fait des expériences de transfert avec l'aimant pour montrer l'influence matérielle de cet appareil de physique, s'aperçut que toute la doctrine de son maître était sujette à caution et, très courageusement, il entreprit la démolition de l'édifice fondé sur les signes somatiques. C'est alors qu'il découvrit les *signes distinctifs des paralysies organiques* et montra que les prétendus stigmates ne sont que le résultat de la *suggestion*. La *suggestion*, ou plutôt l'*auto-suggestion*, voilà le créateur de l'hystérie : la Salpêtrière était un milieu de culture, l'*hystérie une maladie*

entretenue par les médecins, comme au moyen âge elle avait été entretenue par les prêtres. Pas de suggestions, pas de phénomènes hystériques. Et effectivement, depuis que Babinski, pourchassant impitoyablement la suggestion, a appris aux médecins à n'en pas faire inconsciemment, et quand, le mal est fait, à le supprimer par la « persuasion », l'hystérie a disparu, ou du moins l'hystérie physique, l'hystérie à grand orchestre de Charcot. Finie la grande attaque, finies les paralysies, finies ces manifestations étranges, gangrènes, œdème bleu, ulcères, etc., qui attiraient tant Charcot. Celles-ci ne sont même pas le produit de la suggestion, c'est de la *simulation*, de la « mythomanie », de la « pathomimie », ou des *erreurs de diagnostic*.

Et alors Babinski définit l'hystérie :

« L'hystérie est un état psychique, rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'auto-suggestionner.

« Elle se manifeste principalement par des troubles primitifs, et accessoirement par des troubles secondaires.

« Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion.

« Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs » (1).

Ces troubles secondaires sont des modifications physiques réelles, comme par exemple l'atrophie par l'immobilité prolongée voulue ou pithiatique.

On peut confondre l'hypnose avec l'hystérie, car la seule différence est que la première est créée par la suggestion d'autrui et la deuxième par auto-suggestion.

L'hystérie est une affection mentale. — Cette démolition porte-t-elle sur le côté « psychiâtrique » ? Peut-on ajouter avec Meige : « Finie aussi la folie hystérique sous toutes ses formes » ? Il s'agit de s'entendre. Il est probable que dans cette folie hystérique on a compris des choses qui n'en étaient point; bien des cas de stupeur hystérique, de somnambulisme bizarre avec catalepsie doivent être rattachés à la folie discordante, à la catatonie, à la catalepsie symptomatique d'infections, etc. La catalepsie, ainsi que je l'ai montré avec Séglas il y a plus de vingt ans, n'est

(1) Babinski, Définition de l'hystérie, *Extrait du C. R. de la Soc. de Neurologie de Paris*, 7 nov. 1901, p. 4.

pathognomonique ni de l'hystérie, ni inversement de la catatonie. Là aussi il y a lieu de restreindre l'hystérie. Mais il reste pourtant de la vraie « *folie hystérique* », car l'argumentation de Babinski renverse la *doctrine physique* de Charcot, mais renforce le côté mental, si je puis dire, puisque *tout est devenu mental.* L'hystérie est une affection mentale. L. V..., après comme avant Babinski, est un hystérique. Seulement, depuis cet auteur, ses paralysies, contractures, attaques, etc., tout comme son délire de rêve, sont dues à la *suggestion* ou à *l'auto-suggestion.* Mais Babinski ne va pas plus loin, ne pénètre pas plus loin et ne renverse pas les analyses de Pierre Janet.

Aspect général du délire de rêve hystérique. — L'hystérie, dès qu'elle est *créée par la suggestion*, existe avec ses caractères particuliers, et, grâce à Pierre Janet, nous connaissons mieux ces caractères, et nous pouvons faire rentrer la plupart des formes décrites, surtout par les Allemands, de la folie hystérique dans le *délire de rêve hystérique* qui ressemble beaucoup à celui des délires toxiques, infectieux et épileptique. Il y a pourtant une différence. C'est que fréquemment c'est un rêve *systématisé, coordonné* parfois, dont les données sont tout entières fournies par la mémoire, d'autres fois par l'imagination excitée par la suggestion ou l'auto-suggestion (voyez *Délire de rêve systématisé*, p. 234). Une ressemblance de plus, extérieure, avec le délire épileptique, est de pouvoir s'entremêler de convulsions, mais celles-ci n'ont pas l'allure du mal comitial et n'en ont pas le mécanisme. On peut dire que l'hystérique passe son temps à rêver, qu'il le sache ou non. Suivant que ce délire de rêve tient toute la scène ou un petit coin, on a des tableaux un peu différents.

Délire de rêve. Personnalités anormales. Alternances de personnalités. — S'il tient toute la scène, ce rêve s'accompagne d'excitation, de dépression, avec plus ou moins grande stupeur, c'est-à-dire d'émotions appropriées ; c'est ce qu'on a appelé à tort la manie, la mélancolie, la stupeur hystériques ; le délire de rêve proprement dit est analogue à celui présenté par L. V..., un délire de mémoire, une tranche de vie revécue en rêve, mais il peut aussi être un délire d'imagination plus ou moins fantaisiste. La soi-disant confusion hystérique, qui rentre dans les « états crépusculaires » des Allemands, n'existe pas. L'hystérique est absorbé par son rêve, *distrait et non confus.* Il arrive aussi que si on lui pose des questions indiscrètes, il n'aime pas à y

répondre ou répond à côté, d'où *syndrome de Ganser* nullement pathognomonique, puisqu'il rentre dans le négativisme (voir p. 54). Ces états de délire de rêve hystérique ou somnambulique, c'est tout un, constituent une vraie *alternance de personnalités* et sont suivis de *perte de mémoire*, ainsi que nous le montre L. V..., passant successivement de l'état de Saint-Urbain à l'état de Bonneval, ou de Rochefort, avec les allures mentales particulières à chaque période de sa vie. Un caractère de l'hystérie est que ce délire de rêve est *théâtral*, plein d'effets, les émotions y sont grossies, ou exagérées au point d'aller jusqu'à la convulsion parfois. Cette exagération, comme le remarquent Binet et Simon avec J.-Ch. Roux, aboutit même à la *réalisation extrême de la comédie :* le malade pense qu'il a perdu son bras : effectivement, ce bras se tient à part comme un corps étranger avec lequel le malade n'agit pas, ne sent plus, qu'il ne remue plus. L. V... nous en donne un exemple frappant : il ne sait même plus qu'il a un bras, une main droite, mais avec une certaine et singulière contradiction, bien hystérique, quand on lui demande la main droite, il présente la gauche, et, quand on lui demande la gauche ensuite, il représente la gauche, en disant : « Voilà les deux mains » (p. 599).

Délire de rêve circonscrit. Personnalités coexistantes. Écriture automatique. — L. V... se croyait dans son rêve à Rochefort et jouait, parlait, mimait la comédie de Rochefort : il n'était plus à la Salpêtrière dans le cabinet de M. Jules Voisin et il avait perdu son bras à Rochefort. Mais par suggestion on aurait pu le lui faire perdre, le paralyser, le rendre insensible, inerte, tout en laissant L. V... parfaitement « éveillé », se trouvant bel et bien à la Salpêtrière : bref, normal, sauf sur ce point précis du bras. Babinski nous a enseigné, et c'est son grand mérite, je le répète, que ces paralysies, anesthésies, et autres phénomènes hystériques ou hypnotiques sont toujours dus à la suggestion. Mais Alfred Binet, lui, nous avait montré autrefois que ces membres anesthésiques, qui paraissent étrangers au malade, oubliés par lui, traînés par lui, lorsque paralysés, comme une loque indifférente, se rappelaient pourtant indirectement au souvenir de leur légitime propriétaire : si le médecin pique, par exemple, le membre insensible avec une épingle, un certain nombre de fois, le malade ne sent pas la piqûre, ne sait pas ce qu'on lui fait, mais a le plus souvent l'*idée du nombre* ainsi compté en piqûres sur sa peau. Pierre Janet, de

son côté, a montré que l'*écriture automatique* en particulier, écriture obtenue à l'*insu du malade*, en faisant écrire la main insensible cachée derrière un écran, a montré, dis-je, que cette main et ce bras écrivent et répondent des choses ignorées du malade, comme si une personnalité à part commandait à ce bras et à cette main. C'est là la véritable *fragmentation de la personnalité* : il se forme comme des sous-personnalités coexistantes qui n'ont que des rapports incomplets avec la principale qu'elles envahissent au besoin. C'est pour ainsi dire un *délire de rêve circonscrit* qui est « dans un coin », qui se rêve pour lui-même et qui commande à certains actes (écriture automatique, bavardage automatique, mutisme, bégaiement, etc...), à l'insu de ce que nous appelons le malade lui-même. Mais c'est ce rêve circonscrit, réduit parfois à une « *idée fixe* », à un souvenir émotionnel, qui souvent commande bien des attitudes du moi principal à l'insu de celui-ci, simule la vraie perte de certains souvenirs, qui ne sont pas perdus, mais relégués à part, « amnésies » ou oublis systématiques, localisés, rétrogrades, continus, etc. Le *va-et-vient* de ces personnalités explique les apparences changeantes de l'hystérique qui joue, qui « *réalise* » par toute sa personne ou par une partie émancipée les rêves de ses « moi ». C'est à la découverte de ces idées et images cachées que Freud et Jung appliquent les procédés dits de *psycho-analyse*. Ce sont ces *sous-personnalités* qui jouent un grand rôle chez les *médiums*, et qui font croire aux naïfs qu'il y a des esprits.

Caractère général des troubles mentaux hystériques. — Le caractère général *clinique* de ces états de rêve, de fragmentation successive ou simultanée de la personnalité, est leur aspect théâtral, contradictoire, exagéré jusqu'à leur réalisation en apparence somatique, leur variabilité, leur influençabilité par la suggestion ou, si on aime mieux, par la persuasion. Dans les pseudo-chorées, pseudo-tics, pseudo-paralysies, pseudo-agitation, pseudo-pertes de souvenirs, etc., l'indifférence de l'hystérique devant ces manifestations, qui simulent des affections somatiques ou mentales et qui devraient l'inquiéter, est souvent frappante, et si on examine bien le malade on s'aperçoit que ces manifestations, surtout les somatiques, ne sont pas parfaites, qu'il leur manque toujours quelque chose, pour être vraiment organiques ou vraiment de l'aliénation proprement dite. Si bien que souvent, comme l'hébéphrénique, l'*hystérique a l'air de simuler*, de jouer

la comédie. Souvent la persuasion, plus ou moins aidée d'une mise en scène, permet de guérir sur l'heure l'hystérique. Je me souviens d'avoir sur une seule injonction fait ainsi marcher une femme qui ne pouvait quitter le lit depuis des semaines, et j'ai vu autrefois à Bicêtre un malade qui soi-disant avait de la sclérose en plaques et qui a guéri en une minute à la suite de je ne sais plus quel incident.

L'état mental de l'hystérique. — Mais est-ce tout? L'hystérique a souvent l'air de jouer la comédie, nous l'avons vu et Babinski a dépisté la simulation parmi les phénomènes qui ont été pris pour de l'hystérie. Mais *l'amour de la simulation, du mensonge*, ne serait-il pas la source même des symptômes de l'hystérie, le malade mentant et se mentant à lui-même? C'est ce que soutient Dupré pour qui l'hystérie est caractérisée par la « *malléabilité* » mentale, la « psycho-plasticité », la versatilité, enfin la disposition « mythomaniaque » : « C'est, dit Dupré, un état plus ou moins conscient et volontaire de simulation — fabulation des syndromes neuropsychiâtriaques. » Au fond, cela nous ramène en arrière, bien avant Charcot.

Et puis il y a les *théories physiologiques* de l'hystérie : le *sommeil* de Sollier, l'*insuffisance cérébrale* de Pierre Janet, l'*arrêt de développement* des voies d'associations corticales avec infantisme psychique de Meige, et peut-être d'autres encore... Mais tout cela ne nous dit pas ce que c'est que cette « aptitude » à la suggestion, à l'auto-suggestion, la « *suggestibilité* » ; quel rapport elle a avec cette fragmentation de la personnalité ; quelles limites somatiques peut avoir le pouvoir de la suggestion dans certains cas ; qu'est-ce que cette disposition mythomaniaque ; en quoi le « sommeil », l'insuffisance cérébrale, l'arrêt de développement, expliquent l'état mental... Cela ne nous dit pas non plus si les symptômes enlevés à l'hystérie se rattachent bien tous à des types cliniques que nous pouvons admettre comme connus, si ceux qui restent hystériques forment un syndrôme ou une affection.....

Étiologie. — J'ai dit plus haut qu'une fois *suggérée ou auto-suggérée*, l'hystérie existe, on l'admet. Cela suffit-il? Et y a-t-il d'autres façons de devenir hystérique? On a beaucoup discuté sur *l'émotion* et son rôle dans la genèse de l'hystérie à la réunion commune des Sociétés de neurologie et de psychiâtrie de Paris (décembre 1909 — janvier 1910), et on ne s'est pas mis d'accord pour savoir si seule l'émotion, sans suggestion ou auto-sugges-

tion, pouvait susciter des accidents hystériques, en particulier l'attaque. Quel que soit le mécanisme, il reste que l'*émotion* fréquemment répétée, le *choc émotionnel* et aussi le *choc traumatique* sont des causes d'hystérie.

Diagnostic. — Le seul qui puisse intéresser l'aliéniste est la distinction du délire de rêve hystérique d'avec les autres types où apparaît le *délire de rêve*. J'ai déjà insisté sur les caractères des autres types au syndrome délire de rêve. Il faudra se rappeler les caractères spéciaux à l'hystérie, la plus grande systématisation, cette variabilité, cette suggestibilité, cette apparence de comédie et souvent de lésions organiques, et enfin la possibilité de la guérison subite par la « persuasion ».

Quant aux autres symptômes, en mettant à part les pseudo-somatiques, pour lesquels seuls l'aliéniste sera rarement consulté, il n'y a guère que la perte ou pseudo-perte de certains souvenirs après un choc traumatique ou émotionnel qui puisse donner lieu à des difficultés. On devra songer toujours à la possibilité de l'hystérie en face d'accidents de ce genre et chercher, si possible, à dépister la pseudo-simulation hystérique. Cela sera surtout important en matière d'accidents du travail, et la grosse difficulté sera le diagnostic avec la *simulation vraie*. Il semble difficile de donner des indications précises sur ce point, particulièrement délicat.

Pronostic. — Le pronostic d'un accident hystérique ne paraît pas grave, *si on agit à temps* (?). Quant à l'état fondamental, le guérit-on ou guérit-il tout seul ?

Traitement. — La suggestion a fait, la persuasion doit défaire; du moins il en est souvent ainsi. La guérison de l'hystérie est le triomphe de la « psychothérapie »,... quand elle réussit.

Conclusion. — Seulement... il y a un seulement à tout ce que je viens de dire, et cela me ramène aux idées de Babinski et aux résultats pratiques importants qui en sont découlés : on ne voit presque plus d'hystériques. Dans mon service à la Salpêtrière, je n'en reçois plus; il n'y en a plus, et les anciennes hystériques, qualifiées telles, sont seulement des débiles, des arriérées, des instables, voire des épileptiques vraies, qui avaient eu aussi des attaques, mais qui n'ont plus aucune des manifestations qui florissaient si aisément du temps de Charcot, et même un peu après lui. C'est à peine si j'ai rencontré cinq hystériques à la consultation externe de la Salpêtrière depuis dix-huit mois. Et

ce qu'on rencontre c'est de la toute petite hystérie. Faut-il en conclure, avec Babinski, que l'hystérie est surtout une maladie médicale? — C'est pourquoi je n'ai pu, contrairement aux principes qui ont inspiré la rédaction de ce livre, donner d'observations actuelles, personnelles, et ai-je écrit ce chapitre d'une toute autre façon que les autres, sous la forme historique. Je ne puis donner une opinion ferme sur l'hystérie, parce que les matériaux me font défaut. Si le lecteur rencontre des hystériques, qu'il tienne compte de ce que je lui ai exposé, et qu'il tâche de se faire une opinion, et s'il n'en rencontre pas... il n'a peut-être pas absolument besoin d'en avoir une.

Appendice

Somnambulisme infantile.

Christiane P..., âgée de 7 ans.

Il y trois mois, subitement, au milieu de la nuit, elle se mit à crier d'une voix rauque, prétendant entendre marcher dans la chambre, et alla se coucher dans le lit de ses parents. Depuis, cela se renouvelle chaque nuit, sans cause, jamais à la même heure; elle se lève, pleure, et va dans la chambre de ses parents. En marchant, elle bredouille et gesticule. Si on lui parle, elle ne répond pas; si on la réveille, elle devient froide et se couvre de sueur. Au réveil, l'enfant n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé; la nuit elle est très agitée et a un sommeil très léger.

Depuis ce moment, la petite est devenue colère, irascible, dissipée en classe, menteuse et voleuse. Un jour, par exemple, elle prend un sou dans le porte-monnaie de sa mère pour acheter des friandises; elle lui dit l'avoir trouvé dans le jardin.

L'enfant a moins bon appétit et a maigri: elle présente des mouvements des doigts et un léger tic de la bouche du côté gauche; elle est devenue peureuse; elle a surtout peur du feu et des hommes ivres.

Antécédents. — Pas de maladies. Frère mort d'une méningite à l'âge de huit ans. Une petite sœur paraît être très nerveuse.

La mère a eu des convulsions jusqu'à trois ans; elle a eu des accouchements difficiles : basiotripsie pour le premier enfant; la petite malade s'est présentée par le siège.

Le père est bien portant, mais il n'a pas toujours été très sobre.

L'enfant a l'aspect adénoïdien; elle ronfle la nuit et a toujours la bouche ouverte.

Envoyée au Dr Castex, celui-ci diagnostique avec certitude des végétations et conseille l'opération. L'opération, bien réussie, a fait disparaître le somnambulisme, ainsi que la mère est venue nous l'apprendre 3 mois après.

J'ai vu plusieurs fois à la consultation de la Salpêtrière des cas

de somnambulisme. J'en ai pris quelques uns en observation dans le service et je dois dire qu'alors ces troubles nocturnes disparaissaient totalement, ce qui me fait pencher pour une *supercherie* de l'enfant. D'ailleurs, j'ai eu l'occasion de voir une jeune fille de quinze ans, dont j'ai déjà parlé (p. 109) et qui, au patronage, présentait du somnambulisme spontané nocturne et une fois chez ses parents en a été guérie radicalement. C'était une comédie comme les mensonges qu'elle fait depuis. Chez la petite Christiane on devait se demander si ce n'était pas un cauchemar nocturne provoqué par les végétations. Quant à la rattacher à l'hystérie, cela me paraît possible pour quelques malades. Mais cela indique toujours un *état nerveux* très grand et qui doit faire craindre pour l'avenir (Voyez l'obs. de Bot..., p. 373). Il me paraît probable aussi que l'épilepsie peut prendre cette apparence. — Le somnambulisme infantile est donc un *syndrome* apparaissant dans plusieurs affections, tout comme les *terreurs nocturnes*, dont il n'est maintes fois qu'un cas particulier (voyez p. 179).

CHAPITRE VII

MÉLANCOLIE (1).

SOMMAIRE. — Mélancolie (acquise) et mélancolie (constitutionnelle) intermittente. Variétés de l'accès lui-même.

1° *Mélancolie.*

Mélancolie sans délire. — Un exemple. Rapports avec la neurasthénie.

Mélancolie avec délire. — Un exemple : Auto-accusation consécutive à la douleur morale, au ralentissement intellectuel ; tentative de suicide ; état somatique. Un exemple avec idées hypocondriaques.

Mélancolie anxieuse. — Un exemple: idées d'auto-accusation, de châtiment, hypocondriaques, tentative de suicide ; raptus ; état somatique ; trois accès ; agitation motrice circonscrite spéciale.

Mélancolie avec stupeur.

Mélancolie chronique. — Un exemple. Hérédité du suicide. Apparition au moment de l'involution présénile.

Folie secondaire. — Un exemple de folie des négations.

Démence suite de mélancolie.

2° *Mélancolie intermittente.*

Même symptomatologie, sauf *peut-être* quelques différences.

Terminaison par la démence. — Un exemple typique avec stéréotypies.

Exposé général.

La mélancolie est un type clinique auquel, en ce moment, sous l'influence des idées théoriques de Kraepelin, beaucoup d'auteurs tendent à dénier une existence indépendante de la folie maniaque-mélancolique. Quoi qu'il en soit, je considérerai comme appartenant à la mélancolie proprement dite les cas où une cause extérieure (2) est venue apporter dans l'économie un trouble somatique et mental se développant lentement, tandis que l'accès de mélancolie de la folie intermittente apparaît brusquement et sans cause extérieure, à moins que cette cause ne joue que le rôle secondaire de cause provocatrice. Il y aurait là la même dis-

(1) J. SÉGLAS, *Leç. clin.*, p. 22. — MASSELON, *La mélancolie*, Paris, 1906. — RÉGIS, *Précis*, p. 251. — On lira encore avec profit la description de la mélancolie dans un ancien livre : GRIESINGER, *Traité des maladies mentales*, trad. fr. par le Dr Doumic, Paris, 1865, p. 264. — Voyez aussi les indications au chapitre de la folie maniaque-mélancolique.

(2) Comme il s'agit là d'une étiologie assez banale, nous pouvons bien dire, je crois, qu'elle est encore bien obscure et incertaine. Voilà pourquoi, prudemment, j'ai mis la mélancolie, dite acquise, dans le cadre des troubles de cause inconnue.

tinction, qui n'est pas absolue, qu'entre la neurasthénie acquise et la constitutionnelle, car la neurasthénie se rapproche par tant de côtés de la mélancolie. Cette distinction a une importance surtout pronostique, car la mélancolie acquise a beaucoup moins de chance de récidive que l'autre, qui récidive fatalement par définition. Je reprendrai brièvement ces considérations dans le chap. de la folie maniaque-mélancolique, où j'envisagerai en même temps les rapports de la mélancolie avec l'involution présénile d'une part et d'autre part avec la manie et d'autres types cliniques.

1° Mélancolie.

On peut distinguer quatre variétés de mélancolie, quant à la forme de l'accès lui-même :

A. — La mélancolie simple ou sans délire.
B. — La mélancolie délirante.
C. — La mélancolie anxieuse.
D. — La mélancolie avec stupeur.

A. — **Mélancolie sans délire.** — C'est l'ébauche de l'affection.

Mou..., âgé de 52 ans, polisseur sur granit, vu à la consultation de Bicêtre, le 29 janvier 1900.

Antécédents donnés par le malade lui-même. — Père mort de fièvre typhoïde à 40 ans. Caractère emporté. — Mère morte d'un cancer utérin à 60 ans. — Deux frères et une sœur, tous très nerveux.

Antécédents personnels. — Variole à 7 ans, sans suite appréciable. A partir de 20 ans, maux de tête, à la manière des migraines, durant un jour et revenant très irrégulièrement, en moyenne tous les deux mois.

Marié à 24 ans. — Cinq enfants vivants, tous très nerveux. Deux enfants morts de méningite.

Pas de trace d'alcoolisme.

Son métier le fatiguait beaucoup.

Gros chagrins il y a deux ans, déboires dans son travail, ennuis pour des dettes.

Début. — Très insidieux. Le malade, qui était contrarié, ne pouvait faire honneur à ses affaires. Cela le chagrinait beaucoup. Petit à petit est devenu triste, ne voulait plus revoir ses amis ; il aimait à penser tout seul à sa situation très mauvaise. Il avait cependant le désir de vivre mieux, mais sans en sentir la force.

Il se sentait contrarié autant de ses ennuis vrais que de la crainte de ne pouvoir sortir honorablement de sa misère. Il était inquiet de voir ses affaires péricliter, de penser que ses enfants ne pourraient se suffire.

Au début, ces idées étaient passagères. Maintenant elles continuent toute la journée. Le jour il cherchait l'isolement ; il ne dormait pas la nuit, toujours

poursuivi par ses craintes. Dès le réveil, il pensait à ses affaires. Il dormait très peu. Au début, il avait des cauchemars où il voyait tout perdu, les affaires qui le contrariaient, parfois une de ses filles en deuil devant lui.

Le malade a maigri beaucoup (10 kilos en un an). Il finit par ne plus avoir envie de manger. Son angoisse morale s'accompagne parfois d'angoisse physique, oppression, un peu de constriction thoracique.

Durant tout l'examen, le visage du malade apparaît triste, morne, les yeux sans éclat, les traits allongés, répétant sans cesse sa tristesse, son impuissance à sortir de sa situation, ses craintes pour l'avenir, son ennui de ne pouvoir tenir sa place de chef de famille, ses craintes de passer dans son quartier pour un homme sans honneur; l'impossibilité où il se trouve de changer de situation, autant par manque d'entrain personnel que par défaut de circonstances favorables; la tristesse de se sentir malade, de penser que sa situation précaire a créé sa lamentable impuissance. Parfois il espère quelques instants pouvoir changer de situation, mais bientôt il est repris de l'idée qu'il ne le pourra pas.

Ce malade a donc, après une tristesse légitime, une tristesse illégitime, pathologique, installée lentement, puis arrivée à une période d'état, avec dépression et sentiment d'impuissance volontaire; il y a exagération des craintes naturelles que lui inspire l'état de ses affaires, avec angoisse précordiale, insomnie, dénutrition prononcée. On ne peut pas dire qu'il y ait délire à proprement parler. Il y a en même temps reconnaissance de l'affection, mais sans que le malade puisse apprécier pleinement l'exagération de ses craintes pour l'avenir.

C'est quelque chose de très voisin de la neurasthénie, avec cette différence que dans celle-ci la douleur morale est beaucoup moins marquée; il y a confusion « consciente » des idées et enfin des stigmates physiques plus accentués : douleurs de tête permanentes, craquements à la nuque, rachialgie, etc.

B. — **Mélancolie avec délire.** — Celle-ci est beaucoup plus complexe.

Mélancolie. Délire d'auto-accusation. Tentative de suicide. — L'H..., âgée de 29 ans, couturière, entrée le 7 décembre 1898 à la Salpêtrière.

Renseignements donnés par la mère. Mère impressionnable. Père mort d'une fluxion de poitrine. Une sœur bien portante. Pas d'antécédents nerveux ou mentaux notables.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle, mais toujours maigre. Rougeole en bas âge. Règles à 14 ans. A toujours souffert au moment des règles; chaque période s'accompagne de vomissements alimentaires, diarrhée, crampes, céphalée (depuis février pas de règles).

Caractère doux, concentré. Pas parleuse. Travailleuse. Très impressionnable : jamais de crises de nerfs.

Couturière.

Début. — Au mois de janvier 1898, fatiguée, elle cesse son travail pendant huit jours sur le conseil d'un médecin. Elle est soignée pour anémie-chlorose.

Violente émotion à cette date : la mort d'une voisine amène chez elle un tremblement nerveux, des pleurs, une grande tristesse.

Elle reprend son travail et sa mère n'a noté aucune modification d'allure.

En février et mars, elle consulte à Beaujon; on la trouve chloro-anémique : « elle dit au médecin qu'elle a des idées noires » ; il lui vient « des taches noires sur les jambes, qui disparaissent en un ou deux jours ». Elle continue de travailler jusqu'au 13 août. Pendant ce laps de temps la mère ne note rien.

En août, elle cesse volontairement son travail de couturière : « Je ne peux plus travailler » est la seule explication fournie. Elle reste assise sur sa chaise toute la journée, les mains croisées, sans parler, mangeant très peu, maigrissant beaucoup. Constipation. Les digestions semblent bonnes. Elle est de plus en plus taciturne. Le peu de paroles qu'elle prononce indique un dégoût profond de la vie. « Quand je serai morte, quelle délivrance! »

« Je veux en finir! »

« J'ai peur de la misère. »

Elle incite sa mère à se suicider.

Elle prévient qu'elle ne rentrera pas le soir, car elle sera morte (la mère n'y croit pas).

Elle dit: « Je suis lâche, je n'aurai pas le courage de le faire. » Elle pleure souvent en regrettant de ne pas travailler: elle ne peut pas travailler « parce qu'elle ne comprend pas ce que sa patronne lui explique ». Sa famille va tomber dans la misère: « elle est bien coupable. » Le regret du travail domine ses autres regrets; elle se préoccupe de ne plus être réglée. « Je suis perdue; autant en finir. »

Education religieuse, mais pas d'idées religieuses délirantes. « Je ne peux pas prier, dit-elle; si j'avais continué d'accomplir mes devoirs religieux, je ne serais peut-être pas comme cela; c'est le bon Dieu qui me punit. » Les rapports avec sa famille ne sont pas modifiés.

Une seule tentative de suicide il y a six semaines; elle se fait une égratignure au cou avec son couteau, mais s'arrête d'elle-même. Cela avait eu lieu pendant la nuit et le matin elle montre l'égratignure à sa famille.

8 décembre. — L'H... est triste, sa physionomie et son attitude expriment à la fois la tristesse et la résignation; elle est docile, et reste affaissée dans son lit où on la confine pour le traitement. Elle ne parle pas à ses voisines. Quand on l'interroge sur les causes de sa tristesse, elle répond à voix basse, lente, monotone, qu'elle ne peut plus travailler, car elle ne comprenait pas ce que sa patronne lui expliquait. Sa famille va tomber dans la misère, elle est bien coupable.

« Je suis perdue, autant en finir; je ne peux pas prier; si j'avais continué d'accomplir mes devoirs religieux, je ne serais peut-être pas comme cela, c'est le bon Dieu qui me punit. »

État gastrique. Maigreur.

Je n'ai suivi cette malade que pendant quelques jours. J'ai appris par la suite qu'elle était sortie guérie au bout de six mois.

Dans cette observation, l'affection est beaucoup plus complète : douleur morale, résignation, docilité, sentiment et regret de ne plus éprouver les sentiments religieux qu'elle devrait avoir (elle ne peut plus prier), dégoût de la vie, idées et tentative de suicide, ralentissement psychique, perte de la volonté, idées d'auto-accusation, de punition, craintes de l'avenir; incapacité de travailler normalement par suite de toutes ces modifications mentales qui aboutissent à la concentration de la pensée sur un seul point, la douleur morale et son interprétation par les idées délirantes secondaires; dépression motrice; enfin état somatique: amaigrissement, embarras gastrique, insomnie. Le tout s'est installé lentement à la suite de fatigues et d'une violente émotion. Guérison au bout d'environ seize mois de durée, car le début remontait au moins à dix mois auparavant.

Mélancolie avec délire hypocondriaque. — C'est une variété de mélancolie délirante dans laquelle les idées hypocondriaques, fréquentes dans la mélancolie ordinaire, prennent un développement prépondérant. On va voir un exemple d'idées hypocondriaques chez un mélancolique anxieux.

C. — Mélancolie anxieuse. — La mélancolie anxieuse est caractérisée par la présence constante d'un sentiment ou sensation spéciale de crainte, d'angoisse, qui n'apparaît que par paroxysmes dans la mélancolie ordinaire. Cette anxiété amène une réaction intellectuelle et motrice, caractérisée par l'excitation intellectuelle circonscrite et l'agitation monotone automatique. Le malade Vau..., déjà cité souvent, va nous en fournir un bon exemple.

Vau..., employé de commerce, entré à Bicêtre pour la première fois le 21 novembre 1906 à l'âge de 51 ans, sorti le 23 juin 1907, rentré de nouveau le 27 août 1909, sorti le 30 décembre 1909.

Renseignements donnés par la femme.

Un oncle maternel avait de la folie des persécutions; une sœur a eu à la suite d'une émotion une « forme de mélancolie triste », à 35 ans.

Jamais d'excès de boisson, très bon employé.

Il y a treize ans, il a eu brusquement une perte de connaissance à la suite de laquelle il reste paralysé du côté gauche et parle difficilement pendant deux mois. Le médecin dit que c'est une congestion cérébrale.

Trois enfants morts; l'un de convulsions, les deux autres de méningite.

Depuis un an, il a des ennuis de famille qui ont débuté par le départ de son fils au régiment. Depuis un certain temps, il dort mal et ne sait où il est lorsqu'il se réveille. Il se trompe dans son travail. Il y a un moisson état s'est aggravé : il craint d'être ruiné, de mourir, sans dire comment; il fait deux tentatives de suicide, dont une devant sa femme, il cherche à s'étrangler

avec une ficelle, l'autre fois avec un cordon de caleçon ; il essaye aussi de se jeter par la fenêtre. Il reste quatre jours sans manger, disant qu'il y a du poison dans le lait qu'on lui offre ; il regrette de ne pas avoir été assez ferme avec ses enfants.

On le purge, par ordre d'un médecin, avec de la magnésie : il se croit empoisonné, il a eu une explosion dans le ventre, la moitié de son corps est décomposée et il ne veut pas que sa femme l'approche.

A Sainte-Anne il dit à sa femme qu'on va l'arrêter parce qu'il a usurpé la place qu'il occupe.

22 novembre 1906. — Air plus vieux que son âge, très anxieux, voix basse, hésitante, monotone ; il reste assis sur sa chaise en tortillant ses doigts. Il dit avoir eu les boyaux détruits par une explosion ; il ne sait pas ce qui va lui arriver. Langue saburrale. L'examen est très rapide ce jour-là ; on envoie le malade au lit immédiatement.

27 novembre 1906. — Voix basse, lente, hésitante, regard inquiet. Anxiété.

D. — Ça va mieux, monsieur Vau... ?

R. — Oui.

D. — Et les intestins, comment vont-ils ?

R. — Ça va tout doucement.

D. — Qu'est-ce qu'ils ont, ces intestins ?

R. — Ça me serre dans l'estomac.

D. — Pourquoi ? Il y a eu explosion du purgatif ?

R. — On m'avait donné une purge, ça a fait explosion dans l'intérieur. En allant sur le vase, ça a fait comme une explosion. Je ne vais plus à la selle du tout.

D. — Depuis quand ?

R. — Depuis quinze jours.

D. — Du tout ?

R. — Non, monsieur.

D. — A quoi attribuez-vous ça ? pourquoi n'allez-vous pas à la selle ? Est-ce que vos boyaux sont détruits ?

R. — Je ne sens plus rien dans l'estomac.

D. — Qu'est-ce que ça veut dire ? que vous n'avez plus d'estomac ?

R. — Je pense que oui.

D. — Vous mangez tout de même ?

R. — Oui, mais ça reste là.

D. — Vous aviez dit à votre femme qu'on allait venir vous arrêter?

R. — Non.

D. — De quoi êtes-vous inquiet ?

R. — J'ai toujours peur qu'il me soit arrivé quelque chose.

D. — Croyez-vous que c'est un empoisonnement ?

R. — C'est un accident.

D. — Dû à quoi ?

R. — Parce que depuis longtemps j'avais les nerfs contractés.

D. — Avez-vous les organes détruits ?

R. — Je ne sens plus d'estomac.

D. — Et votre cœur fonctionne-t-il ?

R. — Oui, sans ça je ne serais pas ici.

D. — Croyez-vous que si vos organes étaient détruits, vous seriez encore ici ?

R. — Il y a quelque chose de pas naturel.

D. — C'est votre imagination.

R. — Non, non.

D. — Et pour l'avenir ?

R. — (soupire et remue continuellement sur sa chaise) Je crois que je vais mourir avec ça.

D. — C'est votre imagination qui est malade.

E. — Non.

D. — Tenez-vous à voir votre femme ?

R. — Je n'ai pas de motif, ce n'est pas la faute de ma femme; je ne tiens pas cependant à la voir.

Poids : 60 kilos 500.

8 décembre 1906. — Dit qu'il va mieux; mais soupire encore et a l'air inquiet. Dit qu'il dort bien. Les intestins ne fonctionnent pas ; ils font mal (montre l'épigastre).

Conjonctives jaunes; démangeaisons. Dit qu'il a eu ses matières blanches comme du lait il y a trois semaines, un mois.

Poids : 57 kilos 500.

16 décembre 1906. — Le malade est toujours anxieux; il passe son temps à plisser et à déplisser son drap et lorsqu'on lui en demande le motif, il dit que c'est parce qu'il est énervé.

Les réponses sont très lentes et le plus souvent les questions restent sans réponses.

Aujourd'hui, il dit qu'on va l'arrêter, mais refuse d'en donner la raison, de même lorsqu'il dit qu'il est bien coupable.

A la fin de ce court entretien, le malade ajoute : « Je suis empoisonné et je souffre. »

23 décembre 1906. — Le malade est toujours très anxieux; il pousse de longs soupirs, regarde inquiet à droite et à gauche, plisse et déplisse constamment son drap.

Dit de temps à autre : « Oh ! mon Dieu ! mon Dieu ! on va m'arrêter! » sans s'expliquer plus.

25 décembre 1906. — Le malade gémit constamment, et dit : «Oh ! mon Dieu ! oh ! Seigneur !» pendant toute la durée du bain d'une heure, qu'il prend chaque jour depuis le 22 novembre. Même état anxieux.

En sortant de la salle de bains, et reconduit par le garçon jusqu'à la porte de la salle, le malade, au lieu d'entrer, monte l'escalier jusqu'au palier du deuxième étage.

28 décembre 1906. — Par deux fois, il a voulu se jeter dans la cage de l'escalier; il avait enjambé la balustrade, lorsqu'on vint pour le retirer; la deuxième fois il avait les deux jambes dans le vide, étant assis sur la rampe. Le garçon a failli tomber dans la cage, avec le malade, en voulant le retenir. Après sa tentative le malade est ramené dans la salle, très ému; la face est très pâle, les yeux expriment une extrême angoisse. Il pousse de longs soupirs, paraît anhélant, et regarde de tous côtés avec inquiétude.

Suppression du bain journalier.

3 février 1907. — Poids : 56 kilos.

19 février 1909. — 58 kilos.

21 mars 1907. — 67 kilos. Semble très amélioré. Reconnaît qu'il a été très malade, mais qu'actuellement il est sauvé.

Raconte convenablement ce qu'il a ressenti pendant son délire; il doit en faire une relation écrite au médecin.

Le malade manifeste une nervosité excessive (qui, dit-il, lui est habituelle), et une certaine exubérance dans le langage et les manières.

10 avril 1907. — Le malade paraît revenu à la normale. S'occupe dans la salle.

10 mai 1907. — Passé en chirurgie, pour ablation urgente d'hémorroïdes.

16 mai 1907. — Opéré. Anesthésié au chloroforme.

20 mai 1907. — Inquiétude passagère à la suite de l'opération. Facies pâle et soucieux. Sa femme craint une rechute.

25 mai 1907. — Le malade a conscience qu'il vient de traverser une période critique, qu'il attribue aux souffrances consécutives à l'opération et à la constipation. Paraît revenu à son état normal.

10 juin 1907. — Rentré dans le service. Va très bien.

17 juin 1907. — A la suite de l'opération qu'il a subie, le malade reconnaît avoir eu une crise d'anxiété qui a duré quatre jours, mais il dit n'avoir pas eu les idées qu'il avait à son entrée dans le service; il s'ennuyait et se trouvait très énervé.

23 juin 1907. — Considéré comme guéri, mais très vieilli et peut être affaibli intellectuellement. — Exeat.

Le traitement avait consisté en bain tiède quotidien, repos au lit absolu, lait et œufs, laudanum à doses croissantes jusqu'à C gouttes, puis décroissantes. A passé de 60 kilos 500 à plus de 67 kilos.

11 janvier 1909. — (Note du surveillant M. Colon.) « Lorsque M. Vau... vint nous voir, il y a environ trois semaines, il se plaignait de douleurs stomacales et intestinales qui lui causaient beaucoup d'inquiétude; il craignait un cancer ou un ulcère de l'estomac. Son facies reflétait ses préoccupations sur son état de santé.

« La face était pâle, et les sourcils froncés. Après avoir demandé un traitement à l'interne du service, qui lui prescrivit le régime lacté, il s'en revint chez lui.

« Hier il est de nouveau venu nous voir et nous annoncer qu'il allait tout à fait bien. Mais à sa précédente visite, plusieurs infirmiers du service eurent l'impression très nette qu'il préparait une nouvelle crise de mélancolie. »

Renseignement fournis par sa femme, le 13 septembre 1909. — Depuis sa sortie de Bicêtre, le malade eut quelquefois des périodes très courtes d'énervement avec préoccupations hypocondriaques, néanmoins, il put conserver son emploi. Son patron ayant voulu même lui donner un emploi plus rémunérateur, le malade accepta, par crainte d'être accusé de mauvaise volonté, mais avec l'idée qu'il ne pourrait pas faire le travail.

Il persista cinq jours à rester dans cette place, mais le dernier jour il eut une syncope, puis rentra chez lui dans un état d'agitation indescriptible, jetant tous les objets à terre, les cassant en s'écriant :

« Je suis perdu ! je suis perdu ! je sens que cela va me reprendre, j'ai les intestins bouchés et j'étouffe. Il faut me ramener à Bicêtre ! »

(Depuis cinq jours le malade était sans sommeil et ne mangeait plus.)

Le lundi on lui rendit son ancien emploi, mais là encore, il se croyait constamment surveillé par ses patrons ; cet état a duré jusqu'au jeudi, jour où on le ramena chez lui de plus en plus surexcité. Se mettait nu devant ses enfants, s'introduisait l'index dans le rectum, puis, le petit doigt dans le méat, croyant avoir une contraction des intestins, qui les lui nouait, et que ses excréments lui remontaient à la gorge.

Pendant toute cette période, grande anxiété allant jusqu'à l'angoisse, plissait ses draps en poussant de longs soupirs, oméga mélancolique.

Le *27 août* on le réintègre à Bicêtre, mais le malade, qui était très loquace chez lui, garde ici un mutisme presque complet.

Sa femme se plaint de l'excitation génitale de son mari, qui, outre des rapports bi-quotidiens, se masturbait entre temps, principalement ces derniers temps.

27 août - 1er octobre. — Vau... a eu un deuxième accès comme le précédent, mais beaucoup moins intense, qui n'a guère duré à Bicêtre que jusque vers le 6 septembre. Il n'y a que des préoccupations hypocondriaques en fait d'idées délirantes.

A ma rentrée de vacances, j'examine de nouveau le malade, et voici ce qu'il m'a lui même raconté :

7 octobre 1909 :

D. — Bonjour, monsieur.

R. — Bonjour, monsieur.

D. — Qu'est-ce qui vous est arrivé de nouveau ?

R. — Ces messieurs (les chefs de sa maison de commerce) m'ont offert une place trop forte pour moi. Je me suis forcé et j'ai été trouver ces messieurs pour leur dire que je ne pouvais plus ; ils m'ont engagé à rester. Mais c'était très difficile, car j'étais à la manutention. Je devais me mettre dans la tête des tas de choses. Je me suis surmené un peu.

Dans le mois d'août, j'ai senti des contractions intérieures. Je ne me sentais pas dans mon état normal. J'avais les nerfs qui me faisaient mal. J'avais mal à la tête, mes idées étaient en place. Je ne dormais pas.

D. — Que ressentiez-vous ?

R. — J'étais ennuyé de perdre ma place, mais je n'avais pas peur.

D — Croyiez-vous que vos boyaux étaient bouchés ?

R. — Oui, j'ai eu ça de nouveau. J'avais l'impression que ma peau se collait sur mes os. Ce n'est pas naturel.

D. — Combien de temps cela a-t-il duré ?

R. — Une dizaine de jours.

D. — Quand êtes-vous rentré ?

R. — A la fin d'août. Ça a duré dix jours : insomnie, préoccupations, peau collée sur les os, les boyaux bouchés.

D. — Vous aviez peur qu'on vous condamne ?

R. — Non, pas comme la première fois.

Vers le 6 septembre, il avait encore des préoccupations hypocondriaques ; on était obligé de lui donner des lavements et de lui montrer ses matières ; il était persuadé qu'il ne faisait rien, que son intestin était bouché, qu'il allait éclater.

A l'entrée, il avait l'air inquiet. Au lit il ne roulait pas ses couvertures.

R. — Je sens que c'est beaucoup moins fort que la première fois. Au début j'avais des sensations désagréables, quelque chose qui craignait en moi.

Le malade demande à s'en aller le plus tôt possible, mais il ne s'occupe pas encore dans la salle.

Le malade a été mis au laudanum : on lui en a donné seulement XX gouttes par jour.

Le malade va mieux.

Il est préoccupé de ce que peuvent faire sa femme et ses enfants.

15 novembre 1909.

D. — Comment ça va ?

R. — Très bien; j'ai engraissé de 2 kilos.

D. — Et toutes vos idées ?

R. — C'est tout à fait fini : il y a au moins trois semaines que je recommence à travailler.

30 décembre 1909. — Exeat. Il avait moins maigri que la première fois. L'impression dans les derniers jours de sa convalescence était que le malade avait baissé de nouveau intellectuellement (sénilité prématurée). On a recommandé de lui chercher un emploi moins difficile et moins fatigant.

Les symptômes principaux sont ici : la tristesse, l'indécision et la dépression, mais accompagnées d'anxiété, d'excitation circonscrite, d'agitation monotone et automatique. Il faut bien voir les caractères de cette excitation et de cette agitation. Elles forment pour ainsi dire un îlot au milieu de la dépression générale ; elles ne sont pas généralisées comme dans la manie (voir plus loin), elles sont étroitement limitées, puisque les plaintes sont monotones, comme une litanie très restreinte, les idées concentrées sur le même point, loin d'être dispersées comme dans la manie, l'agitation réduite à exprimer l'anxiété et rien d'autre, toujours la même chose. Ceci a lieu même quand l'anxiété atteint son apogée, l'angoisse. Simultanément, tout travail intellectuel normal est presque impossible, la pensée étant absorbée tout entière par la douleur morale, l'attente de quelque chose d'effroyable et les autres idées secondaires de culpabilité, de châtiment et d'hypocondrie. L'attention est fixée et non éparpillée comme dans la manie. Le contraste est frappant entre l'incertitude des idées d'auto-accusation, de châtiment, si vagues, et la certitude des idées hypocondriaques qui tendent d'ailleurs aux idées de négation. Ces paroxysmes d'angoisse amènent à plusieurs reprises des tentatives de suicide, d'abord assez puériles, puis très dangereuses. On remarquera qu'il y a eu une récidive, et même entre les deux accès vrais une ébauche d'accès ; c'est que la mélancolie anxieuse est celle qui, une fois apparue chez un indi-

vidu sous l'influence de causes extérieures, a le plus de chances de réapparaître. D'autre part, l'âge du malade ferait rentrer ces cas dans la *mélancolie dite d'involution* que Kraepelin admettait dans son avant-dernière édition. Enfin il semble y avoir un peu d'affaiblissement intellectuel. J. Falret considérait l'apparition de ces accès dans ces conditions (Voy. p. 629) comme d'un pronostic peu favorable, la démence vésanique s'installant souvent à la suite d'un dernier accès, ou l'artério-sclérose venant rapidement compliquer la mélancolie de ramollissement.

La mélancolie anxieuse est appelée par Kraepelin et ses élèves une forme mixte de folie maniaque-dépressive. Je dirai plus loin ce qu'il faut en penser (p. 658).

D. — Mélancolie avec stupeur. — *Je renvoie à l'observation de Cha... R. (p. 220).*

Mélancolie chronique. — La mélancolie ne dure que quelques mois à un an le plus souvent; pourtant il y a des exemples de mélancolie prolongée davantage, jusqu'à plusieurs années, comme le suivant :

Vir..., âgée de 51 ans, employée, entrée le 28 juin 1898 à la Salpêtrière.

Renseignements fournis par la fille :

Antécédents héréditaires. — Père suicidé (vers 50 ans). Mère alcoolique. Frère de la mère suicidé à 20 ans, par amour ; sœur de la mère suicidée.

Antécédents personnels. — Toujours bien portante, sauf des douleurs articulaires, une fièvre muqueuse à 35 ans. Deux enfants vivants, bien portants. Trois enfants morts en bas âge: un de méningite, deux autres d'affections gastro-intestinales.

Début. — En juillet 1896 son mari tombe malade ; un peu avant la mort de celui-ci, en décembre 1896, les enfants constatent que leur mère a une attitude un peu bizarre, qu'elle semble par trop concentrer sa douleur. (Le ménage était très uni.)

En février 1897, elle commence à leur dire qu'elle souffre d'un malaise moral, qu'elle ne peut avouer à ses enfants; et cependant l'allure n'est pas extraordinaire : ses enfants ne constatent aucun trouble apparent ni dans son travail, ni dans son état physique. Aucune erreur dans les soins de ménage ; mais quelques erreurs dans son travail journalier de secrétaire (elle cherche des adresses dans le Bottin).

En juin 1897, sans aucun prodrome constatable, elle absorbe 20 à 30 grammes de teinture d'iode pure (?), et puis un grand verre d'eau de cuivre (?) en l'absence de ses enfants. Son fils revient deux heures environ après ; elle lui avoue aussitôt sa tentative et à sa sœur elle dit que le mobile de cet acte est la répugnance qu'elle éprouve à vivre avec ses enfants.

Jamais antérieurement elle n'avait parlé de suicide, et quand la conversation amenait ce sujet, elle se déclarait incapable de jamais commettre cet attentat trop effrayant.

Depuis cette époque une surveillance est établie et sa sœur ne la quitte pas.

Envie de dormir (?) constante au commencement d'octobre 1897. Pas d'amaigrissement. Aucun trouble physique constaté par ses enfants.

Elle devient de plus en plus sombre et triste : jamais de crises de larmes, mais des plaintes perpétuelles. Elle commence à dire à toute sa famille qu'elle est dégoûtée d'elle. Sa sœur alors, peu intelligente, l'abandonne et la surveillance se relâche. Elle se brouille aussi avec la famille de son mari qui ne comprend pas qu'elle est malade.

Elle fait une tentative nouvelle de suicide en janvier 1898.

Antérieurement elle avait promis de ne jamais recommencer de tentative. Elle reste sans connaissance deux heures. La convalescence est bonne, sans accident, mais la moindre émotion la rend bizarre; le regard devient fixe; elle devient pensive. Elle parle de moins en moins. Toujours envies de dormir de plus en plus fréquentes (?).

La semaine dernière elle avoue avoir avalé des épingles (?)

29 juin. — Elle s'accuse d'être méchante mère, d'avoir détesté toujours une petite fille de 3 ans qu'elle a perdue, d'avoir été mauvaise épouse, de ne regretter nullement la mort de son mari. Elle demande qu'on la rende bonne mère, qu'on supprime cette répugnance actuelle à l'égard de ses enfants.

Quelque temps après son entrée on l'interroge de nouveau :

R. — C'est de la méchanceté, c'est malgré moi! Je voudrais qu'on me guérisse.

D. — Comment voulez-vous qu'on vous guérisse ?

R. — Je ne sais pas; qu'on me suggère! Je ne peux rien faire. Je suis bien coupable, mais bien malheureuse aussi.

D. — Mais ce n'est pas de la méchanceté, c'est de la maladie. Vous alliez mieux à un moment.

R. — Je ne le disais pas, mais je l'ai toujours eu (ce tourment).

D. — Dormez-vous?

R. — Oui, mais j'ai comme une fainéantise dans moi. Pourtant j'ai toujours travaillé.

D. — Vous vous croyez bien coupable, mais ce sont des idées.

R. — Je voudrais aller à la messe le dimanche. Ça me ferait du bien. Je voudrais guérir. Qu'on me suggère. Je ne vis plus, je me laisse aller. Quand je pleure ça me fait du bien. Je souffre là au cœur des remords comme quelqu'un qui a fait du mal.

D. — Ça ira mieux. Ayez confiance. Voulez-vous sortir un jour?

R. — Je veux bien, ça me ferait du bien.

D. — Trouvez-vous quelque chose de dérangé autour de vous?

B. — C'est de l'ennui tout le temps, il n'y a pas un instant de bon.

D. — Il faut vous tranquilliser.

R. — Je crois qu'on pourrait me suggérer le bien. Toujours je répète la même chose; il y en a qui sont à se plaindre, mais mes enfants sont si bons pour moi, se font du tort (elle pleure); je ne peux pourtant pas rester comme je suis là. Je voudrais m'en aller chez nous et faire comme autrefois, être heureuse.

D. — Et comment cela est-il venu?

R. — A la maladie de mon mari.

D. — Est-ce la fatigue ?

R. — Non. Il ne voulait pas qu'on le veille.

Aucun changement jusqu'à la fin de 1898, époque où j'ai quitté le service. Mais j'ai appris depuis qu'elle a été considérée comme guérie seulement en 1906.

La malade paraît moins profondément touchée que les autres; il y a un certain degré de reconnaissance que ces préoccupations sont pathologiques, elle se rapproche jusqu'à un certain point du mélancolique sans délire, du moins pendant le temps que je l'ai vue. C'est encore un cas que Kraepelin eût rangé naguère dans sa *mélancolie d'involution*, puisque la malade a 51 ans; le début a eu lieu très lentement à la suite d'un chagrin. Le père et deux proches parents maternels se sont suicidés, la malade appartient donc à une famille très tarée. Il est curieux que, malgré ses tentatives de suicide, elle ne soit pas arrivée à ses fins.

Folie consécutive à la mélancolie. — A côté de la mélancolie chronique il faut noter ces cas que Cotard avait spécialement étudiés où il y a une transformation ou plutôt un développement d'une folie assez systématique avec peu ou pas de reliquat du délire de la mélancolie, et qui peut présenter des formes différentes, persécution (mélancoliques persécutés de Régis), hypocondrie, négation, énormité, mysticisme, laquelle folie peut guérir au bout d'un certain temps, même quand elle revêt la forme complexe dite syndrome de Cotard (voir p. 168). Je donnerai un exemple de folie hypocondriaque, avec négation systématique, que je dois à l'amabilité de mon collègue Séglas.

Folie des négations consécutive à une mélancolie anxieuse (1).

Mme X..., 48 ans.

Décembre 1900. — Ménopause à 46 ans. Début il y a 22 mois: entéro-colite muco-membraneuse; la malade était très préoccupée. Accidents qualifiés de neurasthénie. Puis, dès avril, idées d'auto-accusation, d'inutilité, d'incurabilité, de suicide, jusqu'à il y a trois mois. Ces idées ont actuellement disparu et sont remplacées par des idées hypocondriaques constituant un véritable délire de négation. Mme X... est convaincue que les organes sont atteints dans leur structure et leur fonctionnement, que son estomac et ses intestins sont desséchés, que l'assimilation et les excrétions ne se font plus; les poumons ne respirent plus, le larynx ne peut plus permettre l'émission de la voix. Elle est dans un état anormal qui n'est ni la vie ni la mort: elle est une morte dont l'enveloppe matérielle continue à vivre par un mystère inexplicable, en

(1) D'après les notes communiquées par le docteur Séglas.

dehors des lois de la nature. Cet état est sans remède, il ne peut y avoir de terme à ses supplices, elle est condamnée à la souffrance éternelle. Elle demande avec insistance qu'on reconnaisse sous les apparences sa mort véritable et qu'on incinère son corps. Elle refuse de se nourrir, d'aller à la garde-robe; elle refuse systématiquement de parler et ne converse que par écrit. Elle écrit très rapidement, sans hésitations ni ratures. Elle manifeste un esprit d'opposition extraordinaire et, même prise en flagrant délit de contradiction, elle n'en persiste pas moins dans son parti pris de négation systématique; elle discute, réfute, a un parti pris sur tout. — Pas de démence.

Mimique très expressive, mains jointes, yeux au ciel, ou yeux inquiets et soupirs d'angoisse. Pas de signes de mélancolie ni de troubles somatiques.

Juin 1901. — Mêmes idées hypocondriaques et de négation; mais très monotones; véritable ronron d'idées très limitées. Ne peut ouvrir la bouche, prétend-elle, et fait mettre le doigt pour le constater. Elle parle, bien qu'elle dise ne pas pouvoir le faire. Elle dit ne pas aller à la garde-robe, mais elle y va dans son lit et, après, dit que ce n'est pas elle, puisqu'elle est morte. Elle ne parle que de ses idées. Aucun sentiment affectif. On lui fait faire tout ce qu'on veut, même de la musique, de la déclamation, en lui promettant de lui réduire sa nourriture. Pas d'aspect mélancolique. Esprit de contradiction et mensonge effronté. Elle se met des cailloux, des boutons, de la laine dans le nez pour empêcher de passer la sonde, car on est obligé de la nourrir artificiellement, puisqu'elle se refuse à ouvrir la bouche et à manger.

Voici, pour terminer, deux passages extraits des nombreuses lettres qu'elle écrit: « Je suis morte, je vous le répète, aucun de mes organes ne fonctionnent (*sic*). Qu'on me traite en morte devant votre déclaration médicale et celle du docteur X..., et que, par l'incinération, on arrive à me donner le repos dû à toute créature. Cela au plus tôt, Monsieur, corrigez l'œuvre de la nature qui s'est trompée, qui a laissé une malheureuse en chemin.

« Votre reconnaissante,

« Celle qui fut Madame X... »

« D'estomac, de cœur, de poumons, de circulation, il n'est plus question depuis longtemps, j'ai eu beau le dire, on ne m'a pas crue. Ce qui reste, c'est un ventre difforme, à force de grosseur, où s'agitent et tournent toutes les alimentations devenues pourritures dont on m'a gavée en me détruisant jour à jour au lieu de me nourrir. Je suis incapable de mouvement, de me lever, de marcher. Et dans cette tête absolument vidée de tout, il reste encore la conscience de mon épouvantable malheur....... Ce n'était pas ma faute si j'étais une exception, un cas unique et lamentable, etc. »

Bien que les notes du docteur Séglas s'arrêtent là, rien n'indique dans les signes constatés que la malade s'approche de la démence. Il est possible qu'elle ait guéri.

Mélancolie terminée par la démence. — Je n'ai pas de cas personnels; je me borne à signaler cette terminaison. J'en donnerai un exemple à propos de la mélancolie intermittente.

2° Mélancolie intermittente.

Les auteurs ont indiqué quelques signes pour distinguer la mélancolie acquise de l'intermittente ; au fond, il n'y en a pas, en dehors de l'étiologie, de la marche plus continue de l'accès intermittent, du début et de la terminaison très brusques. On a noté la ressemblance frappante que certains de ces accès ont entre eux chez un même malade, mais ce n'est pas absolu, pas plus que pour l'épilepsie où on a donné ce caractère comme de règle.

Les accès peuvent donc se présenter sous les mêmes formes que j'ai décrites ci-dessus.

Terminaison par la démence. — Les partisans de la *folie maniaque-dépressive* (voir plus loin) nient qu'un accès puisse se terminer par la démence (1). Pourtant l'excellent observateur qu'était Jules Falret l'admettait, et en voici un exemple donné par Séglas ; j'ai pu, grâce à son obligeance, examiner le malade dans son service.

« *Mélancolie intermittente : trois accès du type dépressif simple, quatrième accès du type anxieux et délirant ; involution sénile ; chronicité avec affaiblissement intellectuel ; stéréotypies* (2).

« C..., typographe, est entré dans mon service, à Bicêtre, le 3 juillet 1906, à l'âge de soixante et un ans, à la suite d'une tentative de suicide par défenestration, et en proie à un accès nettement caractérisé de mélancolie anxieuse avec délire de culpabilité. Toute sa famille est perdue par sa faute : il faut qu'il paye sa dette, il est une monstruosité, un criminel de premier ordre : chercher à sauver une existence comme cela, ce n'est pas la peine. D'ailleurs il n'y a rien pour la sauver, aucune atténuation à son état. Il ne peut plus vivre dans le remords et le dégoût de tout. Il voudrait être détruit pour expier : il est condamné à mort, il veut être exécuté ; il n'a le courage de rien du tout, il demande à disparaître. La mort lui est indifférente, il aime autant la subir et disparaître. Mots entrecoupés : là... perdu... c'est affreux. Grande anxiété, masque anxieux, soupirs d'angoisse, respiration oppressée, expiration bruyante et soufflante ; besoin de mouvement continuel.

« Artério-sclérose, arc sénile commençant, urines normales. Dans les renseignements fournis par la femme du malade et par lui-même, nous relevons les particularités suivantes :

« Caractère sombre : en 1864, à l'âge de dix-neuf ans, premier accès de dépression mélancolique. Depuis quinze ans, tous les cinq ans, nouveaux accès de même caractère. On n'a jamais noté de périodes d'agitation maniaque. Le

(1) Du moins jusqu'ici. Je ne sais s'ils changeront d'avis, maintenant que Kraepelin, dans sa huitième édition, a rejeté la mélancolie d'involution dans la folie maniaque-dépressive.

(2) J. Séglas, Communication à la Société de Psychiatrie, 19 novembre 1908, *l'Encéphale*, décembre 1908, 3e année, p. 673.

dernier accès serait donc le quatrième. Les précédents étaient des accès de mélancolie dépressive sans délire, caractérisés par de la tristesse, du dégoût de tout, de l'aboulie ; inertie motrice, manie lectuaire, sentiment de fatigue et d'incapacité physique et intellectuelle, sensations de vertige et d'étourdissement. Ces accès durèrent de trois à quatre mois.

« L'accès actuel, qui s'est caractérisé sous la forme anxieuse, avait débuté six semaines environ avant l'entrée par un état de dépression simple. Le malade se plaignait de fatigue, de mal de tête, dormait tout le temps ; il restait à la chambre, ne voulait plus sortir ; ne montrait de courage à rien, était dégoûté de tout. L'anxiété et les idées délirantes ne sont apparues qu'à la fin, dans les derniers jours avant l'entrée.

« Dès son arrivée, C... est soumis au traitement classique (repos au lit, cure laudanisée...) qui ne donne aucun résultat appréciable ; à la fin de juillet, l'état est le même qu'à l'entrée.

« En octobre, lorsque je reprends le service, C... manifeste les mêmes idées de culpabilité, mais d'une façon moins expansive qu'à l'entrée. Il n'a plus le même ton d'humilité et de désespoir ; ses plaintes semblent tourner au rabâchage. Il n'est ni inquiet, ni vraiment triste, mais plutôt grincheux et quelque peu négativiste et impatient. L'anxiété a disparu : il reste tranquille, ne se plaint plus d'étouffer et conserve seulement une sorte de tic qui se reproduit à tout instant (il souffle brusquement en gonflant les joues et en se frottant les mains).

« En présence de ces manifestations, le pronostic est considéré dès lors comme défavorable, opinion qui ne s'est que trop justifiée par la suite.

« Progressivement, sans rémissions, sans à-coups, C... est tombé dans l'état où vous le voyez aujourd'hui.

« Il reste, en général, debout à côté de son lit, dans la même attitude stéréotypée, répétant à satiété son même geste de frottement des mains qu'il ponctue de temps à autre par son tic de souffleur. Il ne manifeste jamais la moindre initiative : ne descend dans la cour que si on le lui dit, ne va manger que si on vient le chercher. S'il est dans la cour, il reste debout, au pied d'un arbre, nu-tête (à moins qu'on ne le coiffe), et répétant ses mêmes gestes. Il ne témoigne jamais aucun sentiment affectif et ne dit rien à sa femme quand elle vient le voir. D'ailleurs il ne parle jamais spontanément et on a le plus grand mal à obtenir de lui quelques réponses. Souvent il coupe court à toute tentative par le mot de Cambronne. Parfois, il répond par monosyllabes. On peut encore constater qu'il conserve les souvenirs de sa vie antérieure, qu'il n'est pas désorienté : jamais il ne parle de ses anciennes idées délirantes : il dit bien quelquefois à des questions réitérées qu'il est triste, mais c'est tout ; cela sur un ton si dépourvu d'accent émotionnel, qu'il fait l'effet de répéter aujourd'hui cette parole de même façon qu'il répète ses gestes stéréotypés. »

On voit dans cette observation que les accès apparaissent sans cause et de bonne heure à des intervalles qui peuvent être très variables. Leur nombre ici est de quatre ; mais il peut être beaucoup plus grand. L'état du malade entre les accès n'a pas été noté, puisque le docteur Séglas ne l'a pas connu dans les intervalles et

qu'il ne s'est pas fié pour l'apprécier aux renseignements de tiers peu compétents. A propos de cet état, les uns disent qu'il est normal, d'autres anormal; nous retrouverons cela plus bas à la folie maniaque-mélancolique (p. 654). Mais ce qu'il y a de plus important à noter est la terminaison par la démence vésanique et non organique. Cette dernière est signalée comme une complication fréquente (chez le malade précédent, Vau..., elle s'installe vraisemblablement) et c'est à elle, à l'artério-sclérose, que les Allemands attribuent la démence dans les cas de folie d'involution, ce qui me paraît très exagéré.

Exposé général.

1° **Mélancolie.** — On trouve fréquemment des maladies mentales, le suicide (très important) dans les antécédents héréditaires.

Causes. — Chagrins, surmenage, infections prolongées, tuberculose surtout.

La mélancolie apparaît fréquemment à la ménopause ou vers la cinquantaine chez l'homme (*involution présénile*). Elle est plus fréquente chez la femme.

A. — Mélancolie avec délire (1). — *Période prodromique.* — Très longue souvent : insomnie, état gastrique, fatigue, irritabilité, inquiétude vague, etc.

Période d'état. — Elle s'installe peu à peu.

Symptômes fondamentaux. — Modification du ton fondamental :

Douleur morale :

Tristesse, sentiment de changement intime ;

Affaiblissement de la volonté et inertie motrice ;

Ralentissement psychique avec son expression dans le langage.

Cette *douleur morale* peut, surtout lorsque le délire secondaire est apparu, se présenter avec des nuances particulières ou se compliquer d'émotions ou de sentiments qui en sont proches :

Découragement, remords, honte, humilité, regret du passé, résignation, dégoût de soi-même et de la vie, crainte, chagrin, peur ;

Anxiété, angoisse (par accès, surtout dans la forme ordinaire).

Toute la *mimique* porte l'empreinte de ces émotions tristes, du ralentissement; l'*attitude* est en flexion.

(1) Je commence dans cet exposé par la description de la mélancolie délirante, tandis que, dans le cours du chapitre, j'avais au contraire débuté par une observation de mélancolie sans délire.

Délire secondaire. — Surtout d'auto-accusation (dit explicatif) : les idées sont vagues (sauf les hypocondriaques, et encore), émises sous forme de doute, de crainte, plutôt qu'affirmées, portant sur le passé ou l'avenir (sauf les hypocondriaques et celles de persécution).

Culpabilité (civile ou religieuse), déshonneur, châtiment mérité, ruine, etc.

Idées hypocondriaques tendant parfois à la négation.

Idées mystiques parfois.

Idées de persécution vraie, rares (plutôt une complication).

Hallucinations rares et peu importantes en rapport avec le délire :

Ouïe (reproches, menaces, injures, etc.).

Vue (rares).

Odorat et goût (odeurs et saveurs désagréables).

Psycho-motrices (surtout lorsqu'il y a délire religieux).

Conséquences de ces troubles fondamentaux. — Absorption de la « conscience » du malade, tout entière remplie d'émotion triste; rumination intellectuelle très circonscrite; incapacité d'attention; en dehors de la rumination impossibilité de travail intellectuel ou moteur, bien qu'il n'y ait pas de confusion (celle-ci peut exister passagèrement s'il y a intensité extrême de la douleur et au moment des raptus) ; incapacité de ressentir les émotions et sentiments normaux, accompagnée souvent de préoccupations exagérées pour autrui : s'il y a des idées délirantes de culpabilité envers autrui, le malade se reproche cette incapacité, ce changement dans ses sentiments.

Inertie motrice. Langage pauvre, « déprimé », monotone; circonscrit, presque automatique. Lamentations. Pleurs.

Refus d'aliments dû à diverses idées délirantes.

Tendance au suicide et aux automutilations, hésitante et souvent puérile, sauf dans les raptus.

Homicide par idées délirantes, surtout familial (par exemple pour soustraire sa famille à la ruine, etc.).

Suicide indirect (homicide pour être condamné).

« *Raptus melancolicus* » par exacerbation de l'anxiété allant jusqu'à l'angoisse; réaction anxieuse, suicide, homicide.

Etat somatique. — Ralentissement des fonctions respiratoire, circulatoire; œdème, refroidissement des extrêmités, affaiblissement musculaire, tremblement léger. Troubles gastro-intestinaux,

langue chargée, constipation, etc. Amaigrissement. Abaissement de la température. Modifications urinaires. Sensibilités générales et spéciales diminuées; réflexes diminués ; fonction génitale amoindrie, etc. Insomnie.

Variétés. — Formes délirantes : hypocondriaque, mystique.

Terminaisons. — 1° *Guérison graduelle.* Convalescence quelquefois lente: neurasthénie psychique.

2° *Mort* :

Par cachexie.

Par complications : Complication gastrique. Pneumonie. Tuberlose.

Par suicide.

3° *Chronicité* :

a) Affaiblissement des symptômes.

b) Folie secondaire (plutôt à la suite de la forme anxieuse).

c) Démence (surtout après la forme anxieuse avec ou sans folie secondaire).

Marche. — Souvent régulière; mais aussi coupée par des exacerbations et des atténuations (1).

Durée. — Plusieurs mois à un an et plus.

B. — Mélancolie anxieuse (Melancolia agitata).

Même *début* que la précédente.

La période d'état est caractérisée par :

L'inquiétude, l'anxiété, l'angoisse, permanentes, avec leurs expressions et leurs réactions caractéristiques.

Mimique dite anxieuse.

Excitation intellectuelle, circonscrite à la rumination des mêmes quelques idées délirantes, des mêmes craintes exprimées par le langage.

Bavardage, circonscrit à la répétition incessante et monotone des mêmes interrogations, des mêmes plaintes, des mêmes gémissements, des mêmes exclamations.

Attitude affaissée, interrompue par les attitudes du désespoir, de l'angoisse dans les paroxysmes.

Agitation circonscrite aux mouvements automatiques reliés à l'anxiété et allant jusqu'à une généralisation toujours relativement circonscrite (contrairement à la manie) dans les paroxysmes.

(1) Malgré cela, la physionomie de la mélancolie est *beaucoup plus stable* que celle de la manie. Cette remarque a son importance au point de vue de la théorie de la folie maniaque-mélancolique (voir plus bas, p. 660).

Il s'y joint :

Le sentiment d'étrangeté, de changement, de transformation personnelle avec troubles de la sensibilité générale.

Conséquences de ces troubles fondamentaux :

Délire d'auto-accusation, avec hypocondrie, marqué surtout par les idées de châtiment.

Idées hypocondriaques pouvant aller jusqu'à la transformation corporelle et la négation ; idées de possession, etc.

Tendance extrême au suicide et aux auto-mutilations.

Raptus fréquents. — Impossibilité d'un travail intellectuel quelconque, l'esprit étant tout entier absorbé par l'anxiété et ses corollaires.

Même *état physique* que dans la première forme, sauf les symptômes liés à l'angoisse et à l'excitation spéciale : modifications de la respiration, du pouls, tremblement, etc.

Marche. — Plus rapide que la forme délirante.

Terminaisons. — Comme la première forme, mais grande tendance à la chronicité, à la systématisation du délire, à la démence, à la complication par artério-sclérose après 50 ans.

Quand elle guérit, grande tendance à la récidive.

C. — Mélancolie avec stupeur. — Même début. — *Période d'état.* — Même état psychologique intérieur que dans la forme délirante, mais il s'y joint :

La *stupeur* avec la mimique faciale figée dans l'expression de la douleur (à moins que cette expression finisse par ne plus paraître) avec : phénomènes cataleptiques, négativisme fréquent, gâtisme, troubles circulatoires marqués, refus des aliments fréquent et obstiné, raptus passagers.

Terminaisons. — Comme ci-dessus. Tuberculose plus fréquente. Mort par cachexie.

Marche. — Lente et durée très variable.

D. — Mélancolie simple sans délire. — Début comme la première forme. Le délire n'est qu'ébauché. Forme de passage avec la neurasthénie aiguë. Conscience de la situation : incapacité de travailler vivement ressentie.

Guérison plus fréquente que les autres formes.

Marche assez régulière.

Durée : quelques mois.

Pronostic de la mélancolie aigue. — L'accès a d'autant moins de chance de guérir qu'il a été précédé de plus d'accès. Quand il

survient après 50 ans, le pronostic est beaucoup moins favorable; la démence est plus probable.

Diagnostic de la mélancolie aiguë. — On peut particulièrement confondre la mélancolie avec les types suivants :

Délires infectieux (délire de rêve, confusion, tristesse moins marquée, état somatique).

Délire alcoolique de persécution avec réaction anxieuse (persécution, pas d'auto-accusation, début fréquent par un délire de rêve).

Délire d'épuisement (mimique tout autre, confusion, stupidité, pas de douleur morale).

Délire épileptique (confusion, terreur plus grande, hallucinations, délire désordonné, commémoratifs) (1).

Paralysie générale (signes somatiques, démence, lymphocytose).

Manie (excitation et agitation généralisées plus ou moins intenses et non circonscrites; mimique triste *essentiellement* passagère).

Folies systématiques (délire primitif, avec certitude, ton fondamental différent, réactions secondaires). Dans les paroxysmes de ces folies il faut quelquefois attendre, à cause d'une réaction anxieuse *secondaire*, avant d'être assuré du diagnostic (voir p. 697). Pour la folie systématique d'auto-accusation, autre début, mais pas de signes somatiques, certitudes des auto-accusations et non crainte et incertitude.

Folie discordante (caractère plus incohérent des manifestations, dépression plutôt qu'émotion triste, inertie intellectuelle, sans concentration); dans certains cas où il y a les apparences de la mélancolie, réserver son diagnostic.

Neurasthénie (plus de dépression que de tristesse; confusion « consciente »).

Psychasthénie (bien plus paroxystique: lutte du malade contre l'obsession, actes automatiques).

Diagnostic spécial de la forme avec stupeur. — Il peut être très difficile, et il faut savoir attendre. Il doit être fait avec tous les types où il peut se présenter de la stupeur, mais surtout avec :

(1) On peut confondre d'autant plus facilement ces délires avec la vraie mélancolie qu'on fait moins attention à ce fait, que la dépression *n'est pas* la mélancolie, que la peur, l'anxiété *ne sont pas* la mélancolie, que l'auto-accusation, *à tort* appelée idée ou délire mélancolique, se rencontre ailleurs que dans la mélancolie, etc. Bref, ces états délirants peuvent *simuler* la mélancolie, ils peuvent être des *pseudo-mélancolies*, mais ne constituent jamais la mélancolie. Je me vois forcé d'insister sur ce diagnostic essentiel, car cette distinction ne paraît pas suffisamment connue, comme le montre encore une récente discussion à la Société de Psychiâtrie.

Le délire infectieux (confusion sous la stupeur, stupeur moins égale, signes physiques).

Le délire traumatique (pas de mimique triste, commémoratifs).

Le délire épileptique (plus court, confusion fréquente, commémoratifs).

La catatonie (pas de mimique triste, plus grande uniformité, négativisme plus marqué, ébauches de manières étranges, de stéréotypies; dans les moments où on peut obtenir des réponses, pas de délire d'auto-accusation).

Traitement. — Repos au lit.

Opium à doses croissantes. Le plus pratique est de donner le laudanum, en commençant par X gouttes, matin et soir, en augmentant de II gouttes par jour; on peut aller jusqu'à C et CXX gouttes; on diminue ensuite de II gouttes par jour. — Veiller à la constipation.

Bains tièdes.

Alimentation légère et nourrissante; au besoin la sonde. Au besoin suralimentation.

Surveillance *constante*; ne pas perdre une seule minute le malade de vue par crainte du suicide.

Internement.

Traitement de la convalescence. Reconstituants.

2° Mélancolie intermittente. — Mêmes antécédents familiaux. L'accès apparaît sans cause.

Même aspect que la mélancolie acquise.

Grande ressemblance des accès entre eux.

Fréquence de la forme sans délire.

Diagnostic — Le même que pour la forme acquise. Impossibilité de distinguer l'intermittente de l'acquise, sauf par l'absence de causes, le début brusque et les commémoratifs.

Pronostic. — Bénin quant à l'accès. Démence possible surtout à l'âge de l'involution.

Traitement. — Le même que pour la mélancolie acquise.

3° Mélancolie chronique. — Elle succède à la mélancolie aiguë:

Atténuation des symptômes. Tendance à la systématisation. Guérison possible.

4° Folie systématique secondaire. — Elle est caractérisée par des idées de persécution, hypocondriaques et de négation, des idées mystiques, ordinairement séparées suivant les formes. Ses

cas les plus complets succèdent à l'accès anxieux sous la forme du syndrome de Cotard avec ou sans délire d'énormité (voir p. 168).

La démence terminale est presque fatale.

5° **Démence mélancolique.** — Elle peut succéder directement à l'accès ou après les deux états précédents.

Elle peut survenir dans la mélancolie intermittente suivant l'exemple que j'ai donné.

6° **Mélancolie dans la folie maniaque-mélancolique.** — L'accès de mélancolie est pareil à celui de l'intermittente, parfois avec une teinte de folie morale surajoutée qui tient à l'état mental sous-jacent (voir plus loin, au chap. de la Folie maniaque-mélancolique, p. 654).

CHAPITRE VIII

MANIE (1)

Sommaire. — Y a-t-il une manie idiopathique? Il y a en tout cas une *manie intermittente*. Un exemple. Caractère essentiel de l'accès de manie : augmentation de l'amplitude, de l'excitabilité et de l'instabilité des émotions, excitation intellectuelle et agitation motrice. Modifications du caractère. Deux degrés dans la manie : la manie et l'excitation maniaque. La dipsomanie est probablement liée à la manie intermittente. Un exemple d'excitation maniaque où la modification du caractère est frappante parce qu'elle est presque isolée. Érotisme fréquent. Grande ressemblance en général des différents accès.
La manie chronique existe-t-elle? *Turbulence* chez les enfants épileptiques.
Exposé général.

La *manie idiopathique* est une affection rare. Autrefois elle paraissait fréquente, mais au fur et à mesure on a reconnu sous son masque d'autres types cliniques, délires infectieux, épilepsie, confusion avec agitation, paralysie générale, etc. Si bien que, en fait, je n'en ai pas vu depuis des années et je conserve un doute sur ceux que j'ai vus autrefois. Je serais porté à croire que la manie n'était dans ces cas qu'une forme de confusion par exemple, où la confusion était au minimum et l'excitation au maximum, à moins qu'il ne se soit agi de manies intermittentes ou de la folie maniaque-mélancolique.

Au contraire, la *manie intermittente* existe certainement, si bien que je ne décrirai que celle-là, en rappelant d'ailleurs que pour les auteurs la description de l'accès peut s'appliquer à la manie aiguë unique comme à la manie intermittente (ou à la manie de la folie maniaque-mélancolique).

Manie intermittente. — Suivant l'intensité de l'excitation et de l'agitation, on distingue deux degrés de l'accès qui peuvent chacun se présenter seul durant tout l'accès ou se mélanger dans un même accès au courant ou à la fin ou passagèrement : ce sont la *manie* et l'*excitation* ou *exaltation maniaque* (hypomanie de

(1) Marcé, *Tr. prat. des mal. ment.*, Paris, 1862, p. 277. — Krafft-Ebing, *Tr. clin. de Psychiâtrie*, trad. par Émile Laurent, Paris, 1897, p. 381. — Mendel, *Die Manie*, 1881. — Voyez aussi les indications au chap. Folie maniaque-mélancolique.

certains auteurs). Il va sans dire que cette distinction n'est pas absolument tranchée. On a aussi décrit la manie grave extrêmement intense : j'ai tendance à croire qu'il s'agit vraiment là d'autres formes.

Manie intermittente (1). — Met..., garçon marchand de vins, entré à Bicêtre le 12 mai 1899, à l'âge de 41 ans.

D'après les renseignements fournis antérieurement à ma prise de service, M... aurait été toujours un paresseux et un alcoolique ; il a plusieurs entrées dans les asiles. Lui-même avoue qu'il a déjà été placé à Sainte-Anne en 1883 pendant huit mois et en 1892 pendant quatre mois. « J'avais bu les deux fois. J'ai bu des absinthes de 35 à 41 ans, trois ou quatre, quelquefois six par jour. » Il a fait différents métiers. Il a été considéré par mon prédécesseur comme un débile paresseux alcoolique; il avait présenté à son entrée des préoccupations hypocondriaques. Rapidement amélioré, il avait été signalé comme devant plutôt être placé dans un dépôt de mendicité que dans un asile. Pourtant on l'occupe à la buanderie et voici que de temps en temps il est pris d'accès d'agitation et d'excitation qui le font placer aux colonnes (service des agités). Quand je prends le service en janvier 1906, M... est agité, excité, extravagant; aspect physique spécial, amaigrissement, artério-sclérose.

10 avril 1906. — M... est extravagant; il s'affuble de morceaux de chiffons, ramassés aux ordures; il a déchiré un chapeau de feutre mou et s'en est fait une coiffure bizarre. Verbiage incessant et un peu incohérent; agitation désordonnée : saute sur les bancs, grimpe à la grille, fait des cabrioles. Met son paletot la doublure à l'endroit, ses chaussettes par-dessus son pantalon; se passe des bandes de papier de couleur à la boutonnière et les laisse pendre comme des rubans. Colle avec sa salive des morceaux de journaux dans sa cellule. Dans un petit sac qu'il se met sur la poitrine, il a une foule d'objets ramassés aux ordures. Il s'est introduit une baleine métallique de parapluie de dix centimètres environ dans l'urèthre sous prétexte de se sonder.

21 mai. — Même état. Aspect joyeux, rit, salue avec exagération; couvert de rubans de papier passés aux boutonnières, d'épingles de cravate au col de son paletot, etc., il bavarde sans trêve : « Je suis ici pour ma mère, ma sœur, mon frère; j'ai eu une affectation en 1883 pour un mariage... J'ai été placé à l'amiable par M. Blanche. J'ai été sorti le jour de la Saint-Joseph. On m'a fait un certificat militaire : atteint de manie aiguë au singulier... qui n'a pas ses manies ? j'en ai beaucoup... J'ai été chez M. Blanche à Auteuil. Je suis épris de M[lle] Blanche B... et amoureux d'une demoiselle Marie... Tout le monde le sait à peu près, vous et M. Nageotte... Je voudrais avoir ma liberté. Je suis le premier étuviste de l'ancienne, je suis fils et petit-fils d'employés de l'Assistance... J'ai 49 ans (sait la date et le lieu où il est quand on le questionne)... J'aurais dû sortir à Pâques... je connais presque toutes les maisons (de tolérance), je suis cocher de fiacre de grande maison, ancien garçon marchand de vins, ancien infirmier... Je voudrais entrer à la Sûreté... J'ai été en prison à Fresnes, Sainte-Pélagie, Étampes, Sainte-Pélagie, Mont-

(1) C'est par moment seulement que M... atteint le degré appelé manie; il y a des cas plus intenses.

targis, mon père a bu quinze absinthes et n'est pas mort, moi j'en ai bu douze... », etc. Tout son passé remonte à la surface de son esprit et est raconté au fur et à mesure. Il se mêle de tout et se fourre partout.

Fin de 1906. — Continuation de cet état avec des alternatives de calme relatif et d'agitation (1).

Janvier et février 1907. — Disparition graduelle des symptômes d'excitation et d'agitation. M... demande à travailler à la buanderie. En outre, on apprend par une enquête et aveu de M..., qu'il réussissait à se procurer à la buanderie du vin et des alcools dont il abusait, au début de ses périodes d'excitation. Des mesures énergiques ayant été prises contre ces abus, on autorise M... à retourner travailler à la buanderie où la surveillante apprécie d'ailleurs ses services. Il promet solennellement de ne plus essayer de se faire apporter à boire.

Il est très calme, régulier; il travaille fort bien, si bien qu'étant donné son âge, il est proposé pour être hospitalisé aux vieillards de l'hospice. Il donne l'impression d'un individu qui a mal su mener sa barque et qui, après avoir fait beaucoup de bêtises, se range sur le tard et devient ermite. En attendant, des sorties assez fréquentes lui sont accordées pour qu'il puisse aller voir sa mère infirme et faire les démarches pour son admission.

16 novembre 1909. — M. est sorti en permission dans la journée du 4 novembre; il est rentré en retard un peu gai. Et depuis il présente un certain degré d'excitation intellectuelle avec agitation. On le fait descendre dans le cabinet du médecin. Il entre rapidement, s'assied de même, avec entrain, pourrait-on dire, et regarde tout autour de lui, comme s'il n'avait jamais vu la pièce qu'il connaît pourtant bien. Il a l'air content et il répond en plaisantant et en faisant des calembours quand on lui demande son nom. Il prétend qu'il a été enfermé à Bicêtre sur un certificat de complaisance parce que sa mère a voulu se débarrasser de lui. Il raconte qu'il a déjà été placé ailleurs, qu'il s'était sauvé et qu'il a pris le chemin de fer où il a dépensé plus de 100 francs. Il a été soldat, mais il a été réformé pour manie aiguë. — « Tout le monde a ses manies, moi j'ai la manie, de ce qui est bien, de ce qui est propre », et il trouve qu'il n'est pas à sa place avec les saligauds de la 4e (les idiots adultes passés dans la section venant de celle des enfants). « En ce moment, ajoute-t-il, je suis un peu énervé ». Il continue à parler; il s'excite au fur et à mesure. Il a eu des cauchemars ces nuits-ci, dit-il, il a vu un perroquet vert, puis un aigle gris, puis un ballon ou un aéroplane qui avait descendu une corde avec une ancre pour enlever la chaise placée à côté de son lit, tandis que lui, couché à plat ventre, ne pouvait se tirer de cette position. M... continue à bavarder avec forces gesticulations, l'air animé et joyeux, riant, se levant, se tournant sur sa chaise. Il n'y a pas incohérence ni associations trop inférieures, mais seulement bavardage. Un peu de tremblement des mains.

17 novembre. — Le lendemain même état; la nuit est suffisamment bonne comme les précédentes. Il avoue avec complaisance que le jour de sa sortie il a bu à table chez un ami, « comme on boit bourgeoisement », il a bu du café, du cognac, deux mominettes. Il rit longuement quand on lui fait remarquer que c'est peut-être cela qui l'a fait dérailler, et il ajoute que la veille il a pris

(1) Je dois dire qu'au début, trompé par les renseignements insuffisants que je possédais, j'avais pris M. pour un débile alcoolique marchant vers la démence alcoolique et artério-scléreuse.

un bitter curaçao, puis avant de rentrer ici il a offert un litre à des vieillards. Le surveillant lui disant qu'il est rentré à 7 heures, M... rétorque qu'il est rentré à 6 heures 35 minutes. — Comme on lui demande s'il se sent excité en ce moment, il répond : « Non, mais je suis content, parce que je crois que les affaires vont s'arranger. » Il demande une sortie pour demain, mais il accepte assez bien le refus péremptoire qui lui est donné. Le tremblement des mains est net, mais ne se fait presque pas voir sur l'écriture; il écrit sur demande spontanément : « Je suis un alcoolograve et pas un soulografe. » — Hier, dans un calcul par écrit, il s'est trompé en multipliant deux fois par le même chiffre. Langue bonne.

L'accès d'excitation s'est prolongé jusqu'au 15 novembre 1910. On avait dû passer M... aux agités, M... se mêlant de tout, et étant devenu extrêmement querelleur, violent, et colère. Il a présenté les mêmes symptômes qu'en 1906, l'excitation s'étant accrue progressivement jusqu'au même degré qu'à la période précédente.

J'ai eu l'occasion de le voir rétabli en décembre 1910 ; il se rappelait fort bien que le rêve bizarre noté plus haut lui venait d'une image de journal illustré.

M... présentait donc des accès plus ou moins réguliers de manie durant de plusieurs mois à un an et plus; c'était un ensemble composé d'excitation intellectuelle, avec bavardage par associations inférieures, instabilité de l'attention, agitation motrice, enfin excitabilité et suractivité de l'état émotionnel, gaieté, colère, etc., qui amenaient des querelles faciles et incessantes, d'autant plus que, sous l'influence de cet état fondamental, M... allait et venait, se fourrait partout, se mêlait de tout, se moquait de tout, et était devenu parfaitement insupportable. En outre, ce qui est fréquemment signalé dans ces cas-là, et ce qu'il ne faut pas prendre pour un signe de démence, il *chiffonnait* et s'habillait étrangement. Le second accès auquel j'ai assisté a débuté par une excitation et une agitation modérées, état qui peut persister et que l'on appelle souvent *exaltation maniaque* ou *excitation maniaque*, pour le différencier du degré supérieur atteint dans la suite de l'accès de M... et qualifié alors de *manie*. On voit dans cet état de manie les caractéristiques de l'*excitation intellectuelle*, jointe à l'*amplitude* du *ton émotionnel* qui est souvent la gaieté, la joie, mais qui se *transforme* si rapidement en leurs contraires, ou en colère sous l'influence de la moindre opposition. Lorsque la manie est très intense, c'est alors que l'*instabilité émotionnelle* est à son comble, que le malade passe du rire aux larmes, de l'extase à la fureur, du tapage au silence momentané, reflétant dans sa mimique et ses gestes tous ces changements divers, au gré du vent qui souffle

ou de la mouche qui vole. Plaisanteries, calembours, associations par assonances, émaillent le bavardage, qui se déroule à la merci d'un incident, d'une remarque, et qui est rempli en même temps des souvenirs remontant en foule et sans ordre logique des profondeurs de l'inconscient. L'*agitation* est l'accompagnement de cet état. Il va sans dire que tout travail intellectuel ou manuel véritable est impossible, l'attention étant éparpillée et l'esprit incapable d'être concentré ou de suivre une direction. Pourtant, lorsqu'on interpelle le malade et qu'on pose une question, on obtient une réponse, souvent sensée, tant que l'*excitation* n'est pas trop grande. Il y a « aboulie », en ce sens que la volonté réfléchie a disparu : les actes sont entraînés automatiquement et immédiatement par les idées et les émotions, de même que le langage traduit immédiatement la pensée ; l'on peut même dire que la pensée est presque réduite à la parole : le malade ne pense plus, il parle ; il n'agit plus, il s'agite.

Lorsque l'agitation est plus grande encore que chez M..., la fatigue arrive rapidement ; il y a des intermittences par *épuisement*, avec *confusion*, et même après l'accès il peut y avoir une *période de confusion* tout comme à la suite d'accès épileptique. Ce sont ces cas-là qui ont donné une base à la formation théorique de l'accès dit mixte (voir plus bas, p. 658).

Notons que chez M... le début de l'excitation a été accompagné d'excès alcooliques, qui ne sont pas sans avoir eu une influence en retour sur l'accès lui-même. Il est probable que bien des cas signalés comme dipsomanie ne sont que des manies intermittentes avec tendance à la boisson. Quant au début de l'affection, il paraît remonter très loin, puisque M... dit lui-même qu'il a été réformé du service militaire pour manie aiguë. Effectivement, la manie intermittente commence tôt, contrairement à la mélancolie, qui « aime » plutôt l'âge avancé.

Le cas suivant est caractérisé par une excitation maniaque à accès très courts, de quelques jours, mais qui laisse reconnaître mieux encore que le premier le caractère fréquent de la manie intermittente (comme de la folie circulaire), à savoir une *humeur au fond malveillante* (1) : si la malade rit et est gaie, elle est surtout moqueuse et ironique, voire malveillante en paroles, disant des gros mots facilement ; elle joue une comédie pour se moquer des médecins ; elle pleure aussi, si on lui dit quelque chose de désagréable, ce qui révèle bien l'*instabilité émotion-*

(1) Il n'y a guère que le paralytique général qui soit bienveillant .... en paroles.

nelle, puisque à l'état ordinaire elle est d'une humeur unie, elle est modeste, convenable, un peu triste seulement quand elle pense à sa maladie, ce qui est bien naturel.

Excitation maniaque intermittente. — Mol..., entrée à la Salpêtrière (service du docteur Jules Voisin), le 3 juin 1892, à l'âge de 27 ans.

Renseignements fournis par la malade elle-même (20 janvier 1911).

Antécédents familiaux. — Pas d'alcoolisme. Plusieurs frères et sœurs morts ; la malade les a peu connus et ignore la cause de leur décès. — Seule de sa famille aujourd'hui, elle est aussi la seule ayant une maladie mentale. — Pas de maladies nerveuses chez ses parents.

Accouchement. — Grossesse de la mère normale. Accouchement normal. Mol... née à terme, était normale à la naissance.

Antécédents personnels. — Scarlatine à 11 ans. Pneumonie en 1893 ; bronchite en 1892. Coxalgie en 1887.

État mental. — Depuis l'âge de 9 à 10 ans, la malade était plus gaie à certains jours qu'à d'autres : elle éprouvait le besoin de sauter ; quelquefois en bataillant avec ses camarades, elle avait envie d'être la plus forte. — A 17 ans, couturière, elle travaillait ces jours-là avec plus d'ardeur, et chantait avec plus de gaieté. — Elle a été toujours gaie et n'a jamais eu de période de tristesse, quoiqu'elle ait été élevée sévèrement par sa mère.

A 20 ans, elle entre comme infirmière à l'Assistance publique : ses journées de gaieté s'espacent et disparaissent ; à 26 ans elle passe comme infirmière à la Salpêtrière. C'est pendant qu'elle était employée au service de l'Infirmerie de l'hospice qu'à la suite d'une très grande peur que lui cause une amie, pendant la menstruation, ses règles s'arrêtent et ne se montrent plus pendant vingt mois. Quinze jours après cette peur, elle a tout à coup la sensation de s'en aller, de « s'éteindre comme une chandelle », comme quelqu'un qui se trouve mal ; elle s'asseoit et dit à une surveillante : « Ne vous en allez pas, je vais mourir » ; puis elle appelle son père et sa mère, pousse un cri, pleure, appelle au secours ; cette crise dure une demi-heure et se représente trois fois dans la journée. Dans les huit jours qui suivent, la malade présente deux crises semblables par jour.

Pendant la crise elle ne se rend compte de rien ; mais après elle se souvient de ses faits et gestes. — Pas de mouvements convulsifs. — Puis elle entre dans une période de grande gaieté, qui dure quinze jours : c'est la première de la nouvelle phase de folie intermittente qui se développe à partir de ce moment. Mais jamais elle n'a eu de nouveau des crises d'angoisse analogues à celles qui ont précédé cette première période.

Voici d'abord les notes qui m'ont été transmises par M. Jules Voisin et qui commencent en 1900 :

État actuel (20 avril).

« Est entrée depuis trois jours dans une période d'excitation gaie que ne semble avoir précédée aucune dépression.

La malade est très loquace, se mêle aux conversations qu'elle entend pour en relever quelques mots et les tourner en ridicule ; on fixe facilement son attention, mais elle répond ironiquement.

Aux questions qu'on lui pose sur elle-même, répond : « Cela ne vous regarde pas ; qu'est-ce que cela peut vous faire ? »

Elle parle d'elle à la troisième personne, disant : « Mol... a été à Laënnec, la mère de Mol... est dans le service à côté » (sa mère est chez le docteur Déjerine) ou encore elle s'appelle elle-même « sa payse ».

« Sa payse a 34 ans : ou plutôt Sa payse a le numéro 34. Les gens n'ont pas tel âge, ils ont tel numéro. » — La malade indique, comme âge de ses parents, le numéro 1 ou tel autre encore, et rit de vous taquiner ainsi.

Pendant que je l'interroge, dit le rédacteur de l'observation, elle s'amuse à faire tomber mon lorgnon.

Ce matin elle se promenait les yeux fermés, refusant obstinément de les ouvrir et reconnaissant les gens en palpant leurs habits. Elle s'accrochait à la grille de la cour, et se livrait à des mouvements de gymnase, en riant et en adressant des appels aux gens, et notamment au docteur Voisin (qu'elle tutoie).

Comme on la conduisait en cellule, elle s'est laissée traîner, tout en continuant de rire et de plaisanter. Enfermée, elle rit et chante à tue-tête.

Elle demande à une infirmière de lui donner le sein et me dit : « Dites-lui de me donner à téter ; justement voilà une chaise. » Elle dit : « Madame Sarrasin, restez ici avec nous ; je ne veux pas être seule avec ce monsieur. »

Elle n'a aucune colère, ne frappe pas, ne se plaint pas d'être enfermée. Quand on lui demande pourquoi elle est internée, pourquoi elle ne cherche pas à sortir, elle ne récrimine pas, n'accuse qu'en passant M. Voisin de la retenir ici, et passe à un autre sujet. Pendant qu'on la maintient, elle rit et dit : « Tiens, vous me donnez le bras. »

Pas d'hallucinations. Pas d'illusions quant aux objets et aux personnes.

Dans ses phrases elle ne recherche pas l'assonance.

Le lendemain, à la visite, elle refuse encore d'ouvrir les yeux et répond au docteur Voisin qu'elle ne tient pas à voir quelqu'un de grotesque. Se moque de l'accent des gens, demande de quelle province ils sont originaires, et relève toutes les intonations qui lui paraissent drôles.

Un médecin étranger qui accompagne la visite devient pour elle M. X..., qu'elle a connu autrefois à Lariboisière. Toutes ses associations d'idées la reportent à Lariboisière, ou du moins à l'époque ou elle y vivait. La malade semble revivre une époque antérieure de sa vie.

Le 27 avril, à la visite, la malade se présente confuse et demande à sortir de l'hospice, non que quelqu'un lui déplaise ici, dit-elle, mais sans doute qu'elle a honte de ce qu'on a vu son délire.

Quand on lui parle des mots et des faits de son délire, elle rit, et baisse les yeux; comme on parle de Lariboisière, elle répond : « c'est malheureux tout de même ». On lui demande : « Qu'est-ce qui est malheureux ? ce qui est arrivé à Lariboisière à vous, à tel ou tel ? » Elle répond : « Non; c'est malheureux d'être comme ça. » Et elle pleure. — Elle se rappelle ce qu'elle a dit, et pense qu'elle est guérie maintenant. Toutefois elle a encore le rire facile, et les réflexions ironiques.

26 août. — Nouvelle période d'excitation; mêmes idées que précédemment, l'agitation semble moindre cependant et ne dure que six jours.

2 octobre. — Nouvelle phase d'excitation.

22-29 novembre 1900. — Période d'agitation qui se termine le 30.

17-21 février 1901. — Période d'agitation.

11-19 juin 1901. — Id.

1er janvier 1905. — Id.

Juin 1905. — Pendant cinq jours, à la fin de juin, période d'excitation qui nécessite sa mise en cellule. Ce qui caractérise cette crise, c'est qu'à aucun moment elle n'a été grossière, comme elle l'était d'habitude. Elle s'est contentée de crier et de chanter.

Juin 1906. — Un peu d'excitation gaie ; durée huit jours.

1er novembre 1906. — L'excitation gaie recommence : elle rit aux éclats. Quand elle voit un objet brillant, elle est comme en extase ou ferme obstinément les yeux.

Elle parle avec volubilité, veut s'en aller, ne sait pas pourquoi elle est ici...

6 novembre. — Une période de mutisme a commencé; elle serre les dents, puis s'interrompt en riant; elle rit toujours, mais ne parle pas, ne répond que par signes aux questions qu'on lui pose, ou recommence à rire.

17 mars 1907. — Se couche parce qu'elle a mal au genou. Elle va prendre son repos hebdomadaire.

21 mars. — Paroles incohérentes. Demande à téter. Veut qu'on lui coupe la jambe. Elle tutoie tout le monde et parle d'elle à la troisième personne.

Mercredi 18 mai 1910. — La malade écrit à son cousin (indice de troubles prochains) et cause de ses parents et de son enfance :

« Cher cousin,

« Je désire avoir de vos nouvelles. Je m'étais informée en écrivant à ma tante de toute la famille et je n'ai pas obtenu de réponse. Je souhaite que tout le monde aille bien pour moi je vais bien pour le moment. J'avais écrit à Charles, je ne puis supposer qu'il n'ait pas eu ma lettre. Je reste forcément en peine cher cousin je vous serais reconnaissante de me tranquilliser. Soyez mon interprète auprès de toute la famille c'est en vous embrassant tous que je suis votre cousine affectionnée.

« M. M...,

« Section Esquirol. Salpêtrière,

« 47 boulevard de l'Hôpital, Paris. »

Jeudi 19. — Introduit de l'herbe dans la serrure de l'armoire où l'infirmière met ses vêtements; un rien la distrait et l'amuse; une épingle, une feuille de papier, etc... Ne fait pas un travail suivi, très gaie, rit sans motif.

Du *vendredi 20* au *lundi 23.* — Même état.

Lundi 23. — Fait et défait son lit, se roule dessus et tombe sur le parquet.

L'infirmière la gronde sur la façon dont elle se conduit. Mol... répond :

« J'agis ainsi parce que je m'ennuie ; la nuit je revois ma mère qui vient me demander un soulagement. Je ris des souvenirs que j'ai du passé, ma mère me battait, elle a même essayé de me tuer. »

Elle va se coucher dans le gazon et y faire mille grimaces.

Après quelques minutes elle se relève et rentre à l'infirmerie pour voir une de ses compagnes couchée. Elle s'assoit sur un lit, cache sa tête dans ses mains et rit aux éclats. Elle dit des mots argot, espagnols et bretons. Ne quitte cette salle que lorsqu'on la renvoie.

Mardi 24. — Se couche sur son lit, a des journaux sous son édredon. Même état: elle rit et s'obstine à fermer les yeux lorsqu'on lui parle.

Mercredi 25. — La malade entre les yeux fermés dans le cabinet du médecin, détourne la tête, s'assicd quand on lui dit de s'asseoir, mais reste les yeux fermés pendant un bon moment. Elle remue pourtant les bras et défait son corset. On l'interroge. Elle ne répond pas et reste les yeux fermés. Elle rit.

D. — Pourquoi riez-vous?

(Elle fait semblant de pleurer).

D. — Vous jouez la comédie?

(Elle hausse les épaules et tourne la tête).

D. — Montrez vos yeux; les avez-vous perdus?

(Elle fait signe que oui; se défend quand on veut voir ses yeux, fermés obstinément.)

D. — Quel âge avez-vous?

R. — 91 ans le 12 ou le 13.

. . . .

« Tiens! deux messieurs en blanc et un lit..... Où est madame? Ah! ne me quittez pas, ils seraient capables de m'assommer. »

Elle remarque tout. Elle veut dire quelque chose à la surveillante, mais a peur qu'on l'entende. Remarque le porte-manteau. « Je vais vous manquer de respect, mais vous me pardonnerez après ». Elle avance une chaise et veut que la surveillante soit assise.

« Qu'est-ce que la nuit? demande-t-elle. C'est le repos, les nuages, le noir, les étoiles, le diable, le tonnerre (elle rit), le feu quand le tonnerre éclate. »

Elle remarque le tapis de pieds; elle se souvient en avoir vu rue de Lille; elle sait la fabrication: on prend de la laine, on la fait bouillir, etc...

D. — Croyez-vous que vous êtes malade ou dans votre état normal?

R. — Je suis dans mon état normal, à part cela j'ai des petits malaises. J'étais malade il y a longtemps, j'avais des crises, mais je suis très améliorée.

S'en va sans dire au revoir, elle si polie ordinairement.

Jeudi 26. — La malade recommence à travailler, mais rit et se moque.

Entrée à reculons dans le cabinet du médecin. Rit, ironique, remarque tout; de même qu'hier en regardant le calendrier (25 mai) elle lit 52 et s'en moque; de même aujourd'hui 26 elle s'amuse à lire 92. Dit des mots d'argot. S'en va comme hier ne disant au revoir que lorsqu'on le lui dit d'abord.

Vendredi 27. — Travaille, paraît être mieux, mais continue à jouer avec son argent et à rire.

Samedi 28. — Fait bien son travail, mais ensuite rit et joue.

Dimanche 29. — Même état. Met une pièce de 0 fr. 50 dans un cahier appartenant à l'infimière de son service.

Lundi 30. — Même état.

Nie être entrée à reculons et avoir fermé les yeux il y a quelques jours. Reste assise et dit qu'elle va bien maintenant.

Mardi 31. — Même état. L'infirmière questionne la malade.

D. — Avez-vous vu le médecin ce matin?

R. — Le médecin est malade. Il devrait se soigner.

D. — Pourquoi riez-vous?

R. — Vous croyez que je ris! Je pleure plutôt.

(Elle fait semblant de pleurer.) Elle ferme les yeux et les ouvre à demi quand elle suppose qu'on ne la regarde pas, mais les referme aussitôt.

Voyant écrire l'infirmière : « — Écrivez, écrivez vite; mettez Mol..., folle comme 46.

— Pourquoi ne me laissez-vous pas tranquille, moqueuse... Allons, continuez. »

Du 1er juin au 9. — Même état.

Vendredi 10 mai 1910. — Dit que c'est fini. — Explications vagues. — Elle préfère ne pas parler des périodes où elle est excitée.

Dans l'intervalle de ces accès elle est très convenable, modeste, plutôt craintive. Elle est employée au ménage dans le service et s'acquitte très ponctuellement de ses fonctions. Sa seule espérance maintenant est de guérir un jour et d'être admise aux administrées.

Tableau des périodes d'excitation à partir de 1898 :

1898...	Avril........	Agitée du 17 au 23.
	Août........	— du 20 au 27.
	Octobre. .. .	— du 2 au 5.
1899...	Juin.........	Agitée du 27 au 1er juillet.
1900...	....	Pas de troubles.
1901...	Février......	Agitée du 17 au 21.
	Juin.........	— du 11 au 19.
1902...	....	Pas de troubles.
1903...	....	—
1904...	....	—
1905...	Janvier......	Agitée du 1er au 12.
	Juin.........	— du 20 au 28.
1906...	Janvier......	— du 20 au 25.
	Mars........	— du 15 au 30.
	Novembre...	— du 1er au 17.
1907...	Mars.	— le 17.
1908...	Décembre....	— du 11 au 20.
1909...	Mai.........	— du 23 au 29.
1910...	Mai.........	— du 18 mai au 10 juin.
	Septembre...	— du 10 au 6 octobre.

Au total l'*excitation maniaque* est de beaucoup plus fréquente que la manie. Dans celle-ci il peut apparaître des idées *délirantes kaléidoscopiques*, généralement *fugaces*, souvent de grandeur, secondaires, *symboliques* de l'excitation et du ton émotionnel. Mais déjà dans certains cas d'excitation maniaque simple il y a des projets grandioses, des idées de grandeur comme nous l'avons déjà vu (p. 153), qui traduisent la haute appréciation que le malade a de son intelligence et de ses capacités. Cela est une ressemblance d'une part avec la *manie raisonneuse* (voir p. 518), qui n'est probablement constituée que par des accès de ce genre fréquents ou

prolongés, et d'autre part avec les *délires d'emblée* (p. 765), qui semblent très voisins par certains côtés, de même que la mélancolie ressemble beaucoup à certaines folies d'auto-accusation, la différence entre l'idée délirante secondaire et la primitive n'étant que dans l'*intensité* de l'*émotion* ou du sentiment sous-jacent, tantôt bien visible, tantôt presque caché (voir p. 178 au chapitre sur les idées délirantes). Un autre trait fréquent de la manie, non représenté chez les malades précédents, est l'*érotisme*, qui apparaît quelquefois au premier plan chez certains malades (*manie érotique* de certains auteurs). La *colère* peut aussi prédominer dans certains cas (*manie coléreuse*). Quant à l'état mental entre les accès, il est normal. On a prétendu qu'il était toujours anormal. Il me semble que la discussion sur ce point est oiseuse. Si Met..., le premier exemple (p. 639), fait entre ses accès l'effet d'un déséquilibré relatif, Mol... au contraire paraît tout à fait équilibrée, mais peu intelligente.

Manie chronique. — Un accès tel que celui de Met... peut-il durer des années et devenir chronique? Les auteurs en décrivent des cas, mais qui, comme tout ce qui touche à ce type, paraissent devoir être sujets à revision. Je donnerai plus bas (p. 655) l'observation d'un malade chronique qui peut passer à certains moments pour un maniaque, mais qui doit être rangé dans la folie discordante. Il n'y a guère que la *manie raisonneuse* qui pourrait être considérée comme *manie* atténuée *chronique* (j'en ai parlé p. 518). Quant à la *démence maniaque* et à la *folie systématique secondaire à la manie*, leur existence ne me paraît pas, jusqu'à présent, assez démontrée pour que je fasse autre chose que les mentionner.

On peut peut-être ranger dans la manie chronique ces cas d'instabilité constitutionnelle, de *turbulence* qui ne sont pas rares chez les enfants et qui apparaissent presque toujours avec l'épilepsie. Aussi l'ai-je décrite au chapitre *Épilepsie* (p. 404), tout en ne tranchant pas absolument la question de savoir si c'est une manifestation vraiment comitiale ou une complication, d'autant plus qu'il y a souvent des signes spéciaux, tels que des stéréotypies, qui la rapprochent de l'hébéphrénie.

Exposé général.

La manie est caractérisée essentiellement par l'augmentation de l'amplitude, l'exaltation, l'excitabilité et l'instabilité des émotions avec excitation intellectuelle et agitation.

La manie intermittente est caractérisée par des séries d'accès de manie, entre lesquels il y a retour à l'état habituel pour l'individu normal ou anormal (déséquilibré, fou moral, etc.).

Il faut distinguer la *marche* de l'*ensemble des accès* de la *marche* de l'*accès* (presque toujours la même). L'*intervalle entre les accès* est des plus variables, de quelques semaines à quelques années. On discute pour savoir si l'accès de manie intermittente peut durer des années. La *turbulence* en est peut-être un exemple.

On discute aussi pour savoir si un accès peut se terminer par la démence ou si, à la longue, le niveau mental entre les accès ne finit pas par baisser.

Quant à l'intervalle où le malade se trouve dans son état habituel, tantôt il paraît tout à fait normal, tantôt on peut trouver des signes de déséquilibre mental.

Il y a des affections mentales fréquentes dans la famille, parfois le même type clinique. Le malade est souvent un déséquilibré de naissance.

L'occasion du premier accès est parfois une cause banale, infection, accouchement, peur, etc.

Il y a deux degrés de l'accès de la manie intermittente : la manie et l'excitation maniaque.

1° Manie. — Le début est brusque, ou a lieu exceptionnellement après une *période préliminaire* banale : inquiétude, fatigue, céphalalgie, insomnie, etc.

Période d'état. — Elle peut commencer par un stade d'*excitation maniaque*.

Symptômes. — L'augmentation de l'*amplitude et de l'excitabilité émotives*, l'exaltation émotive, entraînent l'apparition d'émotions multiples, toujours plus exagérées et plus exubérantes, plus persistantes que dans la normale : joie, contentement (primitif et secondaire par réaction à l'excitation intellectuelle), bonheur, extase, tendresse, colère, tristesse subite et désespoir, etc.

La *mimique* est facile, excessive, l'*agitation motrice* est énorme. Il n'y a plus de mesure dans l'expression des émotions ni de retenue dans les actes qu'elles suscitent.

L'*excitation intellectuelle* est traduite au dehors par le langage. Les associations d'idées sont d'ordre inférieur; elles ne suivent pas une direction déterminée; elles sont devenues purement automatiques, par suite elles suivent l'expression bien plus que l'idée;

d'où associations par assonances, par rimes, jeux de mots, rappels de souvenirs anciens ; la *mémoire* paraît automatiquement excitée. En même temps il y a *instabilité* : l'attention est dispersée; chaque objet et chaque mot prononcé devant le maniaque dévient le cours des associations et éveillent en tumulte les souvenirs et les associations ; d'où illusions nombreuses, surtout de la vue, fausses reconnaissances ; et, comme en même temps les idées sont influencées par les émotions et réciproquement, il y a des idées délirantes qui passent comme elles sont venues, kaléidoscopiques, à fleur de pensée, bien plutôt des mots que des idées. Tout cela est exprimé par un *bavardage* dont on à peine à suivre le fil, l'occasion y mêlant sans cesse un nouveau bout qui ne tient pas à l'ancien. Cependant l'incohérence est plus apparente encore que réelle ; le langage est plus *elliptique* encore que fragmenté, tandis qu'il est vraiment coupé en morceaux, sans motifs, dans l'incohérence vraie. Pourtant à un certain degré d'excitation, il y a vraiment incohérence.

Les *écrits* reflètent le même désordre.

La rapidité de ces associations n'est pas très grande, c'est la transformation de l'idée en mot ou en acte qui est augmentée : *Tout au dehors*, voilà le maniaque.

Les *mouvements* suivent les émotions et les idées, comme aussi les sentiments et les instincts. C'est un vrai dévergondage d'actes, de gestes, de cris, de chants, de pleurs, de rires, de contorsions, d'impulsions continuelles, dangereuses seulement par leur instantanéité, car le maniaque n'a pas le temps de combiner (si ce n'est dans ses moments d'accalmie).

Tout travail intellectuel réel est impossible.

La *tenue* du malade est débraillée, les cheveux sont en désordre, son *sans-gêne* est extrême, etc.

État somatique : Aspect florissant au début.
Résistance au froid ou au chaud.
Insensibilité générale apparente.
Hyperesthésie sensorielle apparente.
Insomnie.
Pouls fréquent.
Température un peu élevée.
Respiration rapide.
Sécrétions augmentées (salivation fréquente).

Gloutonnerie.
Constipation.
Excitation génitale.
Menstruation supprimée.
Amaigrissement progressif.

On a distingué des *formes* : par exemple les formes coléreuse, érotique.

Il y en aurait d'autres suivant que c'est l'excitation ou l'agitation qui prédomine, car ces deux symptômes peuvent être d'intensité très variable, chacun pris isolément.

Marche et durée. — Quelquefois la manie a une *évolution* régulière non interrompue. D'autres fois la marche est très irrégulière, passant par des exacerbations et des atténuations, coupée par des intervalles lucides, des arrêts momentanés.

Souvent il y a des intervalles de dépression dus à l'*épuisement*, autrement dit avec confusion, qui peut à la fin de l'accès aller jusqu'à la stupidité.

Durée de quelques mois à plusieurs années (paraît-il).

Le *souvenir de l'accès* est conservé, sauf pour les moments où l'incohérence a été assez grande pour amener un peu de confusion secondaire. Les malades disent qu'ils étaient entraînés à faire des bêtises et qu'ils n'avaient aucun sentiment de fatigue : tout leur était facile et involontaire (sauf naturellement dans les moments de dépression par épuisement).

2° Excitation maniaque. — Ici l'excitation et l'agitation, les émotions sont moins intenses, le langage moins incohérent, bref le travail intellectuel, quoique désordonné et soumis à l'influence de l'exaltation des émotions, des sentiments et des tendances, peut encore se faire; c'est ce qui rend l'excité maniaque plus dangereux en réalité que le vrai maniaque, car l'excité conserve beaucoup plus l'apparence de la raison. De plus, l'exaltation ne porte trop souvent que sur les *émotions et les sentiments les plus bas* de la nature humaine : le malade est alors foncièrement égoïste, méchant, colère, haineux, fourbe, moqueur, ironique. Souvent il se livre à des excès sexuels plus ou moins anormaux, à la boisson, etc. En même temps l'association des idées surexcitée et la mémoire exaltée font surgir une masse d'idées plus ou moins logiquement reliées entre elles, qui peuvent constituer des *projets* ou des *inventions*, quelquefois véritables, au service desquels le malade met sa facilité de langage, devenue remarquable par les

saillies, l'esprit qui peut y briller, et son activité inlassable. Il se sert aussi malheureusement trop souvent de toutes ces qualités extérieures, éphémères, et relatives, pour assouvir les *mauvais penchants* ci-dessus relatés, mentant, calomniant, poursuivant ses ennemis avec un cynisme effronté ou une sournoiserie oblique, ce qui fait de lui un être des plus malfaisants.

Il arrive qu'il existe à certains moments une reconnaissance passagère de la nature pathologique de l'excitation.

Il y a *parfois* des *idées délirantes véritables*, nées sur ce fond mobile, et mobiles comme lui, de grandeur, de persécution, érotiques, etc.

L'*état somatique* est bon et il y a tendance à l'accélération du pouls, de la respiration, augmentation de l'appétit et de l'appétit sexuel. Il n'y a pas de sensation de fatigue.

Chaque accès peut souvent être la répétition *calquée* des précédents.

La *marche* est assez variable et la *durée* peut osciller entre quelques jours et plusieurs mois. Ce sont les cas d'excitation maniaque très légère, qui peuvent être très prolongés ou très rapprochés, que l'on a décrits sous le nom de *manie raisonneuse* (voir plus haut, p. 518).

Diagnostic. — Il doit être fait naturellement d'abord avec tous les états où il y a excitation intellectuelle et agitation (1), c'est-à-dire :

Tous les états de confusion et de délire de rêve, qu'on doit éliminer par la constatation de ces syndromes et de l'état physique : alcoolisme, infection, traumatisme, épilepsie (parfois difficile).

Un *diagnostic spécial* doit être fait pour certaines agitations ou excitations liées aux règles et qui rentrent dans ce qu'on appelle quelquefois la *folie menstruelle* (voir p. 332), où il y a coïncidence constante du trouble mental et des règles.

Tous les états de démence, par la constatation de ce syndrome : paralysie générale (signes physiques, lymphocytose ; le P. G. est ordinairement plus bienveillant que le maniaque ; diagnostic parfois difficile) ; alcoolisme chronique, démence vésanique (reliquats de délire).

(1) Je ne saurais trop insister sur ce fait que l'excitation n'est pas la manie ; l'agitation n'est pas la manie ; l'exaltation de tel ou tel sentiment n'est pas la manie. Il est à mon avis d'une mauvaise terminologie d'employer le terme maniaque pour caractériser un de ces symptômes. J'ai fait une remarque analogue à propos de la mélancolie (p. 635).

Les états de délire avec excitation : folie systématique aiguë ou chronique (idées délirantes, hallucinations précises), mélancolie anxieuse (excitation et agitation circonscrites, anxiété, délire, permanence du même état).

Traitement de la manie et de l'excitation maniaque. — Symptomatique. Outre les bains prolongés, le séjour au lit, surveillé, est un bon moyen de prévenir l'épuisement, à condition d'avoir un personnel en nombre suffisant et exercé. Les hypnotiques réussissent généralement mal. L'internement s'impose le plus souvent.

CHAPITRE IX

FOLIE MANIAQUE-MÉLANCOLIQUE (1)

SOMMAIRE. — Réunion chez un même malade de deux accès séparés de manie et de mélancolie. Plusieurs formes; *folie maniaque-mélancolique alterne, folie à double forme, folie circulaire*. Formes de passage. Formes atténuées ou *cyclothymie*. Un exemple de cyclothymie. Un exemple de folie circulaire : érotisme marqué; début d'une des périodes marqué par un rêve.

Appendice. — *Formes mixtes* de la folie maniaque-mélancolique. Ce sont des erreurs de diagnostic. Y a-t-il malgré cela quelque vérité cachée dans cette *théorie?*

Nous avons vu la mélancolie apparaître soit comme accès isolé, soit comme mélancolie intermittente; la manie se montrer peut-être isolée, en tous cas comme manie intermittente. Les deux types manie et mélancolie peuvent se réunir chez un même individu avec les mêmes caractères que ceux décrits plus haut pour former ce qu'on peut appeler d'un nom global folie à double forme, folie maniaque-mélancolique, et apparaissant d'une façon ou d'une autre suivant les cas; on peut distinguer les espèces suivantes :

Folie maniaque-mélancolique à formes alternées ou *alterne* : les accès sont tantôt de la manie, tantôt de la mélancolie, sans règle.

Folie maniaque-mélancolique à *double forme proprement dite* : l'accès est constitué par de la manie, puis de la mélancolie, (ou inversement) se succédant sans interruption, chaque accès double séparé de l'autre par un intervalle normal.

Folie circulaire : les accès doubles se succèdent sans interruption, sans intervalle normal.

Mais il y a des *formes de passage* entre les folies intermittentes et les folies à double forme au sens général. C'est-à-dire qu'il peut, chez le même individu, y avoir d'abord, par exemple, plusieurs accès de manie ou de mélancolie, puis les accès maniaques-

(1) RITTI, *Traité clin. de la folie à double forme*, Paris, 1883. — ARNAUD, in *Traité de Ballet*, p. 576. — RÉGIS, *Précis*, p. 285. — DENY et CAMUS, *La psychose maniaque dépressive*, Paris, 1907. — KRAEPELIN, *Lehrbuch* ; voir les différentes éditions. — GEORGE L. DREYFUS, *Die Melancholie*, Iéna, 1907.

mélancoliques s'installent. Il semble donc légitime de faire rentrer tous ces cas dans un *seul groupe*, *la folie intermittente*, comme l'a fait Magnan. Pourtant l'allure générale de chaque cas permet de le ranger plutôt dans tel ou tel type, ce qui n'a pas d'ailleurs grande importance.

Les accès très atténués de folie à double forme sont étiquetés *cyclothymie* par quelques auteurs.

La très grande majorité revêt l'allure de la mélancolie sans délire et de l'excitation maniaque — dans quelques cas, le caractère spécial de folie morale, si frappant chez les maniaques intermittents ou circulaires, transparaît même dans la phase mélancolique.

Cette folie ne paraît que rarement entraîner la démence vésanique.

Je donnerai seulement deux exemples très succincts. On appréciera, sans que je les relève, les quelques particularités intéressantes qu'ils présentent.

Folie à double forme, « cyclothymie » de Hecker. — Deb.., 20 ans, serrurier, vient à la consultation de la Salpêtrière le 18 janvier 1910.

18 janvier 1910. — Il se plaint d'avoir été malade quelques jours auparavant. Déjà, au mois d'octobre dernier, il avait eu un malaise analogue : pendant deux jours le malade a été dans un état vague ; il ne se rendait pas bien compte de ce qui l'entourait. Il avait du mal à fixer son attention. Étant à bicyclette, il a voulu éviter un cheval et une voiture, et il s'est jeté dessus.

Puis il a été très bien jusqu'au 3 janvier. Ce jour-là il a eu du mal à faire sa tâche; il était obligé d'apporter beaucoup d'attention pour faire un travail auquel il était habitué. Il sentait un besoin de dormir qui lui enlevait l'attention.

Le monde extérieur lui semblait changé : « Je me demandais si c'était bien vrai ce que je faisais, si c'était bien vrai la personne à qui je parlais. » Il avait également peur de se faire remarquer et de dire des choses bizarres.

Cet état s'est accentué ; la semaine suivante le malade n'a plus pu travailler, il ne savait pas comment s'y prendre pour poser une serrure. Ses parents lui ont conseillé d'aller se reposer à la campagne, mais l'idée du voyage à faire, du billet à prendre, etc., lui paraissait une chose horriblement difficile et impossible. Il ajoute qu'il avait des tas d'idées qui lui passaient dans la tête et qu'il ne pouvait s'arrêter à aucune.

« Quand j'ai un combat comme ça d'idées, je cherche à prendre le parti de chaque, et quand j'ai fini avec l'une et que je prends l'autre, la première est partie.

« Lundi dernier (10 janvier) j'ai été travailler. On m'a donné une serrure à poser; on me l'a mise dans les mains et je ne savais plus dans quel sens la mettre, et pourtant j'en pose tous les jours. Je savais à peine comment me servir de mes outils. »

Il craint de n'avoir pas fermé ses portes derrière lui. Il fait des oublis. Dans cet état il fuit la société et préfère être seul. Il décrit d'ailleurs fort mal ce qu'il ressent, de telle sorte que le diagnostic n'est pas absolument certain.

Le malade a un tic (mouvement comme pour relever son veston sur ses épaules). Il ronge ses ongles quand il est dans cet état vague et de demi-anxiété intellectuelle.

Certificat d'études à 11 ans. Le malade dit avoir eu autrefois beaucoup de mémoire, et ne plus en avoir à présent.

Avant le mois d'octobre, le malade était tout à fait bien. Après sa première crise, il a été de nouveau tout à fait bien; il dit même qu'il se sentait mieux qu'avant, plus en état de faire n'importe quel travail.

« Quand ça va bien, je me sens frais et dégagé. »

Il attribue sa maladie à des ennuis et des soucis d'argent qu'il a depuis un certain temps.

11 octobre 1910. — Le malade est revu pour la deuxième fois. Il a eu une troisième crise qui a duré la première semaine d'octobre. Il la décrit ainsi :

« J'arrivais pour travailler, j'avais chaud, et alors ma crise est recommencée. Je suis inférieur à mes camarades. Les choses me paraissent changées. Cela m'a duré huit jours. Tout est étrange. Je pensais à tout et à rien; je ne pouvais rester que couché ou accoudé à une table.

« Pendant cet état je suis allé à la campagne et j'ai engraissé. Depuis, j'ai maigri. Moi-même je me trouve lourdaud, naïf ; si on me pose une question, je réponds bien, paraît-il, mais moi il me semble que je reste longtemps pour répondre.

« Si je veux me débarbouiller le matin, je tourne dans la chambre ; au bout d'un moment je me rappelle que c'était le savon que je cherchais.

« Dans la glace je me reconnais, mais samedi dernier j'avais de la barbe à raser et je ne la voyais pas, d'où je ne suis pas rasé.

« Si je regarde une enseigne, je ne comprends pas ; je pense que ce qui est écrit est sensé, mais je ne comprends pas.

« Le mieux revint progressivement, en commençant par le soir.

« Le goût, l'ouïe me paraissent touchés. Je me suis senti plus dégagé trois, quatre jours auparavant, huit jours au plus ; je me sens alors très fort à l'aise.»

D. — Vous n'avez pas fait d'excès à ce moment de « dégagement » préliminaire ?

R. — Non, aucun.

D. — Mangez-vous davantage pendant la période préliminaire ?

R. — Non.

D. — Êtes-vous triste, avec envie de pleurer? Pleurez-vous dans la dernière période ?

R. — Oui. J'ai pleuré par exemple le mardi pendant un quart d'heure.

D. — Pas d'angoisse, d'anxiété, de « trac » ?

R. — Non. Mais étant seul, séparé de mon amie qui était à Necker, je me demandais si elle était sortie pour une course ou si elle était revenue.

D. — C'est pour ça que vous avez pleuré ?

R. — Oui. Ma crise de larmes eut lieu le mardi et ma crise finit le samedi.

D. — La première crise eut lieu en... ?

R. — En septembre 1906.

D. — Je vous ai vu en janvier, après la seconde crise ?

R. — Oui, c'est ma troisième que je viens d'avoir (première semaine d'octobre).

D. — Auparavant vous n'aviez rien eu ?

R. — Étant plus jeune, j'étais chez un huissier et après les courses à bicyclette, je voyais deux lignes, deux plumes. Aussi en apprentissage, je fatiguais beaucoup, j'étais étourdi, mal à l'aise en même temps.

D. — Vous avez eu des cauchemars ?

R. — Jusqu'à l'âge de sept ans, tous les soirs à 10 heures.

D. — Dans votre famille, y a-t-il eu quelqu'un de malade ?

R. — Personne. Ma mère cependant est très émotive, très coléreuse, très nerveuse.

On lui conseille de revenir aussitôt qu'il se sentira à la période préliminaire.

Folie circulaire. — B..., âgée actuellement de 22 ans (en 1886), entrée en 1880 dans le service du docteur Legrand du Saulle (1). — Les certificats qui la concernent portent : débilité mentale, arrêt de développement physique et intellectuel, incapacité de se conduire, jamais d'attaque. Depuis cette époque elle s'est cependant développée physiquement et a pu acquérir une certaine éducation intellectuelle.

Par moments, elle est prise d'accès de dépression et d'excitation, se succédant à intervalles assez rapprochés, et qui la firent transférer, en 1882, dans le service du docteur Falret.

Là, elle s'est montrée comme atteinte manifestement de folie circulaire. Les accès, soit de dépression soit d'excitation, sont maintenant de très longue durée, de cinq à six mois. La période de dépression ne présente rien de bien remarquable, et se signale plutôt par le contraste frappant qu'elle offre avec la période d'excitation qui se caractérise par des chants continuels, un grand besoin d'aller et de venir et du désordre dans la tenue (2).

On constate une diminution de la sensibilité dans toute la moitié gauche du corps, jointe au stigmate irien de Féré (3). On n'a pu rechercher les autres stigmates hystériques qu'elle pourrait présenter ; elle n'a d'ailleurs jamais eu d'attaques.

Les accès surviennent brusquement la nuit vers une ou deux heures, comme d'ailleurs chez un grand nombre de circulaires. La première manifestation du nouvel état dans lequel elle entre est, en général, un rêve.

D'après ce qu'elle raconte elle-même, dans le cas où elle passe de l'excitation à la dépression, c'est ordinairement de la mort de son père qu'elle rêve. Elle se réveille alors au milieu de son cauchemar, sous l'influence de cette idée attristante, et tombe dans l'abattement à partir de ce moment.

(1) Cette observation d'une malade que j'ai vue moi-même, lorsque j'étais interne à la Salpêtrière, a été rédigée et m'a été communiquée par le docteur Sollier, alors mon collègue du service de M. Falret. Elle figure dans ma thèse : *Du rôle du rêve dans l'évolution du délire*, Paris, 1887, p. 38.

(2) J'ajoute, d'après mes souvenirs, que la jeune malade était extrêmement érotique pendant cette phase ainsi que je l'ai dit déjà p. 47.

(3) Ces détails montrent l'influence des théories de Charcot, toutes-puissantes à l'époque.

Si, au contraire, elle passe de la dépression à l'excitation, c'est encore un rêve qui en marque le début. Mais cette fois-ci le rêve est gai et l'objet en est variable. Il paraît en rapport avec les circonstances momentanées et ne présente pas le caractère d'uniformité qu'il offre dans le premier cas. Mais, en somme, à part ces quelques détails, chaque période ressemble étroitement à celle de même nature.

Appendice

Formes mixtes de la folie maniaque-mélancolique (1).

L'opinion qu'il existe une *forme mixte* de la folie « maniaque-dépressive » (c'est le terme qu'emploie Kraepelin; je ne le critiquerai pas, cela m'entrainerait trop loin), c'est-à-dire d'un accès *à la fois* mélancolique et maniaque, n'est explicable que si on connaît la théorie (2) de Kraepelin. La voici en deux mots :

La manie se ramène aux trois symptômes fondamentaux suivants *:*

La fuite des idées, dans le sens de « fugacité » des idées, et non d'accélération du cours des idées.

L'humeur exaltée, gaie.

Le passage facile à l'acte.

La mélancolie aux trois suivants : le ralentissement du cours des idées, l'humeur triste, le passage difficile à l'acte.

Si on admet (3) que ces trois paires d'altérations mentales opposées deux à deux puissent se combiner trois à trois, on a huit formes que Kraepelin croit pouvoir rencontrer effectivement dans la réalité des faits cliniques :

1° *Manie* (voir ci-dessus).

2° *Manie avec fureur,* par remplacement de l'humeur exaltée par l'humeur déprimée (?).

3° *Excitation avec dépression* (*manie dépressive* de Deny et Camus) par remplacement de l'humeur exaltée par l'humeur triste et de la fuite des idées par l'arrêt.

4° *Manie improductive, pauvre d'idées, par remplacement* de l'humeur triste par la gaie.

5° *Mélancolie (*voir ci-dessus).

(1) Kraepelin, *Trattato diPsichiatria*, traduzione sulla 7a ed. originale, vol. II, *Psichiatria spéciale,* Fr. Vallardi, Milano, p. 407 et suivantes. — Je n'ai à ma disposition que cette traduction italienne, la 8e édition allemande n'ayant pas fini de paraître.

(2) C'est *sous forme de raisonnement* que l'auteur expose ses vues sur ce sujet (v. p. 444, *loc. cit.*)

(3) (*Sic*) p. 444, *loc. citato.*

6° *Stupeur maniaque* par remplacement dans les signes de la mélancolie de l'humeur triste par l'exaltée.

7° La *dépression avec fuite d'idées* par remplacement dans la mélancolie de l'arrêt des idées par leur fuite.

8° *Enfin l'inhibition maniaque* (*manie akinétique* de Deny et Camus) par remplacement en outre de l'humeur triste par l'humeur gaie.

Ce qui ne rend pas la chose très claire, c'est que Kraepelin parle aussi des idées délirantes dans la description, courte d'ailleurs, qu'il donne du numéro 3 : excitation avec dépression, idées hypocondriaques, de ruine, d'empoisonnement, de non-guérison ; mais les malades « ne sont pas vraiment anxieux ni tristes ; on peut, sans les fatiguer, fixer leur attention et recevoir des réponses cohérentes. Transitoirement ils peuvent faire des observations humoristiques, spirituelles et mordantes ; mais ils peuvent aussi devenir prétentieux, irritables et violents » (1).

Plus loin (2) l'auteur dit que cette étude est tout à fait incomplète, qu'il y a des cas qui ne peuvent pas rentrer dans les cadres ci-dessus décrits et qu'il n'a pas tenu compte de l'apparition ou du manque des idées délirantes. D'autre part, ajoute-t-il, on observe dans les formes mixtes décrites une oscillation des éléments constitutifs ; une altération partielle peut-être remplacée par une autre, etc.

Depuis qu'il écrivit ces passages, Kraepelin a fait rentrer la *mélancolie présénile* ou *mélancolie anxieuse tardive* dans le cadre de sa folie maniaque-dépressive. Je ne sais s'il en fait une forme mixte ni laquelle. Ses disciples en France la classent tout au moins ainsi.

Je ne discuterai pas cette théorie qui n'est qu'une théorie. Je me bornerai à dire que :

1° La description classique de la manie que j'ai donnée plus haut, reposant essentiellement sur la constatation de l'instabilité émotionnelle (et non pas seulement de l'émotion joyeuse) avec irrégularité de l'évolution, dans certains cas coupée aussi de rémissions et d'états de confusion transitoires par *épuisement,* l'indépendance relative de l'intensité des différents symptômes, cette description, dis-je, rend compte d'une partie des apparences expliquées laborieusement par la théorie des états mixtes. — Chose étrange et

(1) *Loc. cit.*, p. 448.
(2) *Loc. cit.*, p. 451.

contradictoire, cette description est en grande partie admise par Kraepelin.

2° La mélancolie anxieuse présente une excitation et une agitation *spéciales*, ainsi que je l'ai dit plusieurs fois.

3° Les états prétendus mixtes que j'ai eu l'occasion de voir étaient des erreurs de diagnostic. Je crois, en effet, que beaucoup de ces « cas mixtes » sont des accès d'obsession, des bouffées délirantes d'emblée, des folies d'auto-accusation, des cas de confusion, des accès de manie entrecoupés de confusion, de la « démence précoce » (voir à ce propos l'obs. de Jau...), voire même des fous persécutés déments.

4° Peut-être cette « mixture » des symptômes, si elle existe vraiment, indique-t-elle l'imminence de l'affaiblissement définitif, tout comme chez les délirants l'incohérence et la « séparation » des signes présagent la démence, car cette « mixture » n'est que de l'incohérence ?

5° Peut-être est-ce par hasard que je n'ai pas rencontré d'états mixtes, bien que je les aie soigneusement cherchés ? — Je n'ai aucun parti pris : le jour où je constaterai leur existence, je les admettrai tout tranquillement (1).

(1) Kraepelin (du moins dans sa 7e édition, car il change d'opinion à chaque édition) n'étend pas trop le territoire de sa « folie maniaque-dépressive ». Sauf l'invention des cas mixtes, qui lui fait englober probablement les délires d'emblée (que je décris plus loin), sa conception ne contient rien de plus que celle de Magnan, qui range dans un même groupe tous les accès intermittents de manie, de mélancolie ou de manie-mélancolie, groupe qui me paraît cliniquement exister en fait. Mais Kraepelin a suscité des disciples qui pour la plupart l'ont mal lu, si même ils l'ont lu. Croyant suivre leur maître, ils englobent dans « la folie maniaque-dépressive » non seulement les délires d'emblée, mais encore les obsessions et, mélangeant les deux points de vue étiologique et clinique (contrairement à Kraepelin !), ils finissent par donner à leur folie maniaque-dépressive l'ampleur et la signification de la dégénérescence de Magnan. Bien plus, quelques-uns recommencent à faire des subdivisions, comme on peut le voir dans le récent travail de A. Rodiet et R. Masselon (Quelques considérations sur l'étiologie de la mélancolie, etc., *L'Encéphale*, 10 décembre 1911, p. 532). D'autres enfin en arrivent à trouver la « folie maniaque-dépressive » chaque fois qu'un aliéné, même infecté, s'agite ou est déprimé (E. Mosny et L. Bayet, Psychose aiguë à forme maniaque dépressive, et réaction méningée d'origine syphilitique, *La Tribune médicale*, 1910, p. 357). Je signale en passant ces conceptions, à cause de la place qu'elles tiennent dans la littérature médicale actuelle.

CHAPITRE X

FOLIES SYSTÉMATISÉES CHRONIQUES (1)

Sommaire. — A. *Folies systématisées de persécution (avec ou sans grandeur).*
1° *Avec hallucinations.* — Un exemple de folie de persécution pure très systématisée. Un autre montrant l'évolution systématique hallucinatoire avec grandeur, *type Lasègue — Falret*, cinquante-six ans de maladie, pas de démence. C'est la folie complète et typique de persécution et de grandeur dans sa systématisation et son évolution systématique. Hallucinations de tous les sens, sauf de la vue ou du moins les visuelles incomplètes ou peu importantes.
Folies de persécution moins systématisées, hallucinatoires, terminées par la démence. — Exemples. Démence un peu spéciale. Un autre exemple chez un jeune homme terminé par une démence profonde avec stéréotypies. *Démence précoce de Morel différente de la démence précoce de Kraepelin* ou folie discordante.
Caractères des folies de persécution. — Exemples de folies systématisées de persécution montrant des *caractères* plus ou moins fréquents, mais *importants* : réticence, réactions violentes contre autrui, suicide, recherche d'appui, marche rémittente, crises d'angoisse avec auto-accusation, marche intermittente, arrêt de l'évolution délirante par internement.
Folies communiquées. Folies à deux. — Un exemple typique. Conditions.
Folies de persécution avec prédominance d'hallucinations psycho-motrices. — Un exemple. C'est en même temps un exemple de « *folie de la ménopause* ». Idées érotiques prédominantes.
Folies de persécution chez le vieillard. — Un exemple avec préoccupations hypocondriaques, et interprétation de troubles pathologiques réels. Quelles relations avec la démence artérielle ou sénile?
Folies systématisées mixtes de persécution. — Un exemple avec idées mystiques chez un débile; hallucinations visuelles typiques mystiques.
2° *Folies de persécution systématisées sans hallucinations. Folie d'interprétation. Folie de persécution raisonneuse.* — Cette dernière a une allure spéciale et a été décrite au déséquilibre mental. Un exemple de folie d'interprétation. Meurtre.
B. *Folies d'auto-accusation systématisées.* — Un exemple avec transformation en persécution.
C. *Folies des grandeurs avec persécution.* — Un exemple.
D. *Folies systématisées de jalousie et de persécution.* — Un exemple paraissant indépendant de l'alcoolisme, chez une grande débile.
E. *Folies systématisées mystiques.* — Rappel d'un exemple avec stupeur; rapport avec l'extase. Un exemple de folie mystique et de grandeur chez un débile. Érotisme. Importance de l'hallucination visuelle.

(1) Ritti, art. Persécution (délire de), in *Dict. encyclopédique des sc. méd.*, 2e s., t. XXIII, 1887. — J. Séglas, *Leç. clin.*, p. 495. — Arnaud, in *Traité de Ballet*, p. 488. — Sérieux et Capgras, Délire d'interprétation, in *Traité internat. de psych. pathol.*, t. II, 1911, p. 640; Délire de revendication, *id.*, p. 691.

Exemple d'une folie entièrement systématisée tiré d'une publication faite par le malade lui-même. Magnifique rêve extatique.

F. *Folies des grandeurs pures.* — Assez rares.

G. *Folies hypocondriaques.* — Un exemple avec idée hypocondriaque très limitée, « fixe » ; tentative de suicide.

Exposé général.

Rapport des folies systématisées avec la débilité mentale.

A. — Folies systématisées de persécution (1) (*avec ou sans grandeur*).

Les plus fréquentes sont les folies de persécution avec ou sans hallucinations. Je décrirai d'abord un cas complet avec persécution pure très systématisé.

1° Folie de persécution avec hallucinations. — FOLIE DE PERSÉCUTION HALLUCINATOIRE A ÉVOLUTION SYSTÉMATIQUE.

Folie de persécution pure. — Jo..., garçon d'hôtel, entré à Bicêtre le 24 avril 1907 à l'âge de 29 ans.

25 avril 1907. — Il est impossible d'avoir des renseignements sur ses antécédents héréditaires et personnels, la mère du malade, peu instruite d'ailleurs, habitant la province et ne venant pas voir son fils, et ceux que fournit le malade étant naturellement des plus incertains.

A son entrée, J... se présente normalement, avec politesse. Son aspect est celui d'un homme ordinaire, légèrement excité et indigné, non somatiquement malade, qui s'exprime facilement, et qui proteste contre son internement illégal et arbitraire. Il raconte qu'il a été poursuivi dans les hôtels où il travaillait par une dame P..., qui lui dit des injures et lui soutire son sang par l'anus au moyen d'appareils électriques spéciaux. Ce n'est que depuis cinq semaines qu'il est en butte à ces persécutions, mais ce n'est qu'à Sainte-Anne qu'il a compris toute l'affaire. Il a eu son certificat d'études et fait depuis sept ans le métier de garçon d'hôtel. J..., paraissant disposé à écrire ce qui s'est passé, je lui demande de me rédiger une note sur les poursuites dont il a été l'objet, ce qu'il promet de faire.

10 mai. — Pendant cette première quinzaine, il a été l'objet d'une étude objective à l'infirmerie de la part du surveillant et des infirmiers. — Il se conduit comme tout le monde, sauf qu'il n'accepte la nourriture qu'après une longue insistance ; un jour même il refuse absolument, pendant 24 heures, de prendre quoi que ce soit ; en ne mangeant pas, dit-il, il n'aura plus assez de sang et on le laissera tranquille. La nuit, il dort mal, criant de temps en temps : Oh là ! oh là ! Il est, dans la journée, toujours en mouvement, se levant et se couchant vingt fois ; parfois il est très excité et agité ; il a envoyé une fois les chaises à travers la salle en criant, gesticulant et faisant des gestes de menaces, et disant que c'est dégoûtant de subir un pareil supplice : on lui donne des coups de lance au cœur ; il entend Mme P... se concerter avec une autre personne « pour le réduire à rien ».

(1) Je m'étends très longuement sur elles, leur fréquence et leur importance pratique, sociale et médico-légale étant très grande.

Il remet son mémoire, assez correctement écrit, avec une orthographe et une syntaxe très suffisantes pour l'état social du malade : j'en citerai textuellement quelques extraits.

Il y a deux mois et demi, il travaillait dans un hôtel où habitait une certaine dame P.., avec son mari. « Je n'ai jamais eu aucune fréquentation avec cette personne, Mme P... étant très froide....... A ma sortie je suis été habiter l'hôtel de M., rue H... Dès la première nuit, j'entendis des plaintes et des gémissements. Je ne savais qu'en penser. Je compris tout de suite quelle pouvait être cette personne, l'ayant entendue quelques jours avant ma sortie de chez M. M... P... Ce ne pouvait être que cette dame même Mme P... Je n'en fis aucun cas. La deuxième nuit, mêmes plaintes et mêmes gémissements en cette hôtel que j'ai habité dix-sept journées cela n'a cessé. » Il quitte cet hôtel va travailler dans un autre. — Deux heures après son arrivée, il entend les mêmes gémissements ; il part au bout de deux jours pour aller ailleurs. « Même poursuite par cette personne, c'est alors que l'on me fit entendre que cette personne me poursuivait ainsi pour la seule raison que l'on désirait faire naître une intimité que je ne pouvais comprendre. » Il va habiter dans un asile de nuit, puis d'asile en asile, d'asile en hôtel, toujours poursuivi par les mêmes plaintes « jour et nuit sous-sol ». Il va se plaindre à deux commissaires de police qui lui disent de repasser. « Cette nuit succédant à mes démarches, je me couchai vers les dix heures (dès le début que l'on me poursuivit sous-sol l'on me faisait les paroles que voici : enculé, enculé, il faut l'enculer. Je ne comprenais au juste ce que ces paroles voulaient dire) (1) et dormais d'un assé bon sommeil; lors environ vers minuit, je ressentis un certain malaise et l'on me fit entendre les paroles que voici, il faut que l'on l'encule laisse-toi enculer ou sinon. Je ne fis aucun cas de ces menaces, je restais éveillé quand vers les quatre heures du matin je ressentis comme des effluves de sang me sortant par l'anus. C'est alors que l'on me fit entendre cette proposition laisse-toi faire encore un peu, tu n'as qu'à ne rien dire et nous te donnerons quatre mille francs. » Il se lève à huit heures, il entend qu'on lui propose d'aller tous ensemble chez le commissaire ; il y allait lorsqu'ils lui dirent d'aller chez un autre qui était au courant. — Il y va, on le fouille : « Je vis que j'étais tombé dans un stratagème. » On l'emmène au dépôt « dans un piége ». C'est alors que les mêmes menaces se reproduisent : « l'on me tirait le sang cette fois par le nombril, la verge et l'anus ». On l'emmène à Sainte-Anne où il reste quatre jours, « un siècle ». « L'on luttait avec acharnement toujours à m'extraire le sang dans les mêmes conditions que les jours précédents, je vis que j'étais interné dans un asile d'aliénés et ai compris depuis que l'on me tournait la tête au moyen d'un appareil électrique..... et depuis je suis ici à l'asile de Bicêtre, toujours dans les mêmes conditions ».

20 mai. — Depuis quelques jours a été placé au deuxième étage de l'infirmerie. Il dit que l'on ne lui soutire plus de sang. S'il avait compris plus tôt le moyen, il l'aurait employé : ce moyen consiste à habiter assez haut, de façon à empêcher les appareils électriques de transfusion d'arriver jusqu'aux personnes. — Maintenant qu'il sait se garantir, il demande sa sortie.

(1) Dans le texte il n'y a pas les parenthèses, mais deux traits horizontaux pour séparer évidemment cette phrase incidente.

29 mai. — Très agité et excité. Il dit qu'on veut sa mort, il accable d'injures le personnel et les médecins. Passé aux colonnes.

27 juin. — Toujours excité. Ecrit des injures en vers (?) sur les murs de sa cellule. Une pièce contre le médecin se termine ainsi :

« De tes visites j'en ai plein le dos
Tu veux donc me faire sucer jusqu'aux os
Que de patience il faut avoir
De rester ainsi sans le vouloir
Si la justice n'est pas pas une gourde
Je ne serais pas toujours moule
La complicité saute aux yeux !
Pense-tu que j'ai de la m... aux yeux. »

Il écrit aussi ce jugement sur Bicêtre :

« La Bastille moderne
La maison du pendu
Dirigé par une bande de fripouilles
Que d'empoisonnement depuis que cette institution existe ! »

8 juillet. — S'est précipité subitement sur l'infirmier et l'a saisi à la gorge. Il prétend qu'on a voulu l'empoisonner.

19 juillet. — Toujours halluciné. Les murs de l'hospice sont creusés et « ils » peuvent s'y loger.

6 septembre. — Pour se défendre contre ses persécuteurs qui l'électrisent sous terre, lui donnent des coups de poignard par leurs procédés électriques et continuent à lui soutirer du sang par le rectum, la verge et le nombril, il ne se couche jamais sur le côté, mais sur le dos et se donne des coups dans la poitrine pour interrompre le courant électrique.

10 septembre. — Ils lui soutirent aussi le sperme par la verge; pour se défendre il tient sa verge avec les doigts la nuit. On lui parle du sous-sol au moyen d'appareils, de porte-voix.

D. — Est-ce qu'ils parlent fort ?

R. — Ça dépend. Quand on fait du bruit dans la cour ils parlent fort, doucement quand je suis seul.

D. — Sont-ce des voix d'hommes ou de femmes?

(Ne répond pas.)

D. — Comment s'appellent-ils ?

R. — Le directeur de la société est M. P..., qui était client de l'hôtel où je travaillais.

11 septembre. — Il donne des nouveaux détails sur ses persécuteurs. — « C'est une comédie qu'elle (Mme P...) joue avec d'autres qu'avec moi et ici même elle continue; elle pousse des gémissements, fait entendre des propos comme si j'avais couché avec elle, comme si elle était éprise de moi. »

Dans l'hôtel de la rue des L..... ils ont commencé à lui parler avec des appareils dans le sous-sol. Le patron était aussi au courant. « Quand j'allais aux W.-C., j'entendais un appareil qui fait un roulement comme un fort ventilateur... Je l'entends encore une fois par jour, mais maintenant ils se servent (aussi) de porte-voix. Ils s'en servent aussi pour les autres, ainsi pour B..., par

exemple (un malade qui a aussi des hallucinations de l'ouïe) ... Ils me poursuivaient jusque dans les musées publics, au Louvre, au Petit Palais... J'entends ces appareils, mais je ne les ai jamais vus. — La veille de mon arrestation j'étais couché vers 11 heures, M. P... est monté à la porte de ma chambre, j'ai entendu verrouiller ma serrure ».

D. — Vous ne l'avez pas vu?

R. — Non; j'ai ouvert la porte, mais il était descendu.

D. — Pourquoi était-il monté?

R. — Pour me faire peur, pour que je crie et que l'on m'arrête.

Il raconte ses hallucinations et ajoute que « le peuple parisien entendait et doit connaître cette combinaison. Il en méconnaît les suites certainement parce qu'il en rigole..... Quand je me suis réveillé, j'avais une figure pâle, noirâtre, j'étais hideux à voir..... j'ai descendu du lit et je ne tenais plus sur mes jambes. »

On l'a choisi parce qu'il n'avait pas de relations et qu'il avait trop de confiance.

A l'infirmerie du dépôt, à Sainte-Anne, on lui envoyait du sang dans le corps et on le lui retirait aussitôt. Ils disent continuellement des bêtises sans signification, histoire de se distraire : « Viens avec nous on va t'enculer ». Tantôt il rit avec eux, tantôt il les insulte et ils rigolent. Depuis le 14 juillet, ils ne font que lui « forcer la nature, lui soutirer son sperme» . Il se met la nuit un tampon au nombril, à l'anus et à la verge. Pour la verge, il tient le prépuce, qui déborde le gland et le méat, avec deux doigts et avec le restant des doigts il maintient le tampon sur son nombril (à la visite dans mon cabinet il consent à montrer ces tampons et la manœuvre qu'il fait) jusqu'à ce qu'il soit endormi.

Il y a des jours où les aliments ont un goût âpre, quand il verse l'eau dans son vin, il se forme comme de petites boules comme de la graisse. « Il y a des nuits où ils m'ont fait avaler de la soude par le nez et ça me porte des troubles dans le cerveau..... l'odeur de la soude est âcre..... ça n'est pas désagréable comme odeur. Et dans la journée, dans la cour, ils m'envoient des odeurs de caoutchouc, de térébenthine, d'éther et de m..... Et la majeure partie des gens dans cette cour est victime de ces abus. »

30 octobre. — On lui envoie des odeurs de soufre, de suif, la cour est pleine de ces émanations. On met de la potasse et de la soude dans ses aliments; son estomac supporte mal les conséquences de ce « joli régime ».

25 novembre. — On continue à lui forcer la nature. « Je sais très bien qu'on me soutire le sperme et que j'ai le bout de la verge imprégné. »

D. — Est-ce que ça vous fait plaisir?

R. — Certainement que non. Ils font ce qu'ils peuvent pour m'être désagréables.

D. — Sentez-vous le sperme vous mouiller?

R. — Oui, monsieur; vous le savez bien.

D. — Y en a-t-il après votre chemise?

R. — Non; ils l'enlèvent par l'électricité. D'autres fois ils me l'ont repoussé dans le ventre et dans les fesses. Mais lorsqu'ils le soutirent, je sens que le bout de la verge est imprégné.

D. — Ils ne vous font pas entrer en érection?

R — Nullement.

D. — Ils essayent?

R. — Peut-être.

D. — Ils ne vous montrent pas des femmes nues ?

R. — Parfois ; ils en rigolent.

D. — Ces jours-là vous avez perdu votre sperme ?

R. — Oui.

D. — Avec plaisir ?

R. — Certainement.

Dans ces cas-là il dit que sa chemise est mouillée.

Quand on lui applique les instruments, il les sent ; quelquefois comme il tient avec ses doigts le canal bouché, ils lui soutirent le sperme par le côté de la verge, car il sent sa verge gluante ; mais il n'y a rien sur sa chemise.

Quand il a une pensée, il l'entend répéter au loin « comme par l'oreille absolument ».

25 novembre. — Lettre d'injures de J. :

« Monsieur,

« Je suis à me demander pourquoi prenez-vous ces victimes que cette belle police parisienne par l'intermédiaire d'un ignoble rabattage amène en pâture dans cette clinique Goron-P...

« Vous êtes des leurs, vous ne pouvez en disconvenir aux ordres de la préfecture de police, à quoi prétendez-vous arriver au moyen de boniments, si vous ne craignez, vous ainsi que vos affiliés formant une secte Bande Noire.. Faites-moi le plaisir de me déranger le moins possible, question de visite à moins que vous m'y contraignez. Je ne saurais à l'avenir répondre à aucune de vos demandes.

« Je saurais que vous répéter l'épigraphe de Cambronne lorsque les Anglais le prière de se rendre, M....

« Recevez, monsieur, mes salutations très distinguées ».

J.

5e Ire colonnes.

« P. S. — Si ce fût à moi que vous ayez à faire non à mes parents pour une affaire si singulière fut-elle.

« Cela se passerait certainement autrement. »

26 novembre. — J... se plaint d'avoir été particulièrement travaillé pendant la nuit ; ils ne perdent pas une goutte de son sperme, tellement ils sont avides. On examine sa chemise qui ne porte aucune trace de sperme.

25 décembre. — Nouvelle lettre où il annonce que pour se défendre, il a brisé quatre vitres à cause de ces jolis procédés provenant de la clinique Lépine, chef de file Goron, P... assesseur, Maignan, Chaslin complices, Mesureur, Mulheim, trésorier accapárateur du genre humain.

« Du plus petit au plus grand vous n'êtes qu'une bande de Reîtres, etc. »

Depuis ce moment il est de plus en plus excité ; quand on veut l'interroger, il répond par des injures, fait des gestes obscènes ou de menace, vocifère, se met dans de violentes colères et il est très difficile d'en tirer quelque réponse utilisable.

23 janvier 1908. — Il adresse une lettre à un parent d'un autre malade halluciné pour l'informer que ce malade B... est victime comme lui de machinations illégales, et il ajoute en post-scriptum :

« P. S. Il y a environ deux mois les docteurs enquêteurs de la préfecture de police vinrent à seule fin de s'arranger à l'amiable. Lui ayant demandé la somme qu'il réclamait comme d'hommages intérêt demandant 100000 francs. trouvèrent la somme exagéré et lui en proposèrent la moitié ».

Il écrit continuellement à sa mère pour réclamer sa sortie.

16 mars. — Dans une lettre adressée à sa mère où il se plaint des agissements de ses ennemis, il dit que ceux-ci ne se gênent pas pour lui faire entendre « qu'ils sont très étonnés du peu de résultat obtenu des suites de ce surmenage mais ne désespèrent (de le rendre fou ou idiot) ». Il ajoute : « le Procureur de la République M. J... (duplicité) Préfecture de Police de Besançon, procédant dans les mêmes conditions que son acolyte parisienne, m'ont aveuglé une fois. si tu te souviens à la mort de ton oncle A... J'allais à la poste avec B... pour te télégraphier, ils actionnèrent si bien qu'au moment de rédiger le télégramme je tremblais et tel un voile devant les yeux, j'y arrivais que difficilement et depuis six années que je suis à Paris Ils ont actionné (forcé la nature). Pour moi B... fait partie de leurs multiples victimes...

« Ma vie privée a été entravée dès mon arrivée à Paris par cette association Interne de la Préfecture de médecine opérant au dehors tel ici sur ceux dont ils ont jeté leur dévolu ».

10 décembre. — Comme il est toujours agité et excité par la présence du médecin, il est très difficile de l'interroger; il ne répond pas d'abord, puis il s'excite et répond avec arrogance, ironie et force injures, gestes de menace : « Vos boniments et votre grandeur je m'en f... comme de l'an 40... Vous ne m'intimidez pas avec vos formes. Vous pouvez monter sur la tour Eiffel, vous ne m'intimiderez pas. Je vous aurai un jour, je vous ferai marcher à la baguette, MM. Lépine, Chaslin et Mesureur, je les ai là (le malade fait le geste d'essuyer quelque chose sous son pied avec une mimique méprisante). Lépine ? lui braquer un revolver sous le nez, pas si bête, ça ne me rapporterait rien.... L'indemnité, ce que les tribunaux voudront bien m'allouer... Docteurs aliénistes, bande de marchands de viande humaine... Ce sont des crevés qui sont dans les sous-sols, et qui remonte avec la force des autres... Ils m'ont parlé par les appareils à l'âge de 18 ans à la caserne des dragons (1) et même à Besançon à l'âge de 7 ans, ils me parlaient déjà... J'ai filé à Londres croyant que l'existence était plus facile. Je trouve un camarade en arrivant et on nous dit en français voilà encore deux enc... C'est le fluide et les produits chimiques qui s'introduisent. Je ne sais pas si enc... veut dire inoculer...

« La Faculté de médecine a depuis mon enfance accaparé mon corps... Ici, dessous, ils ont des appareils, c'est la suggestion. Cauchemars suggestionnés. C'est toujours M. et Mme P... avec leurs trois filles qui s'appellent toutes les trois Marguerite, car elles ont le même son de voix. » On lui demande s'il a ses organes intacts après toutes ces attaques, il répond : « Oh ! moi ! au lieu de vivre 80 ans, si je vis 40 ans !! Je sais que je ne vivrai pas le temps voulu. J'avais un corps d'homme, j'avais des tétons et maintenant je suis un gosse. » Il faut noter qu'il a un aspect de santé physique tout à fait normale.

(1) A un autre moment on avait pu savoir de J. qu'il avait fait ses quatre ans de service aux dragons de Reims.

1er janvier 1909. — Lettre de J.

Kremlin — Bastille.
1er janvier 1909.

« Docteur suspect,

« C'est pour vous avertir pour que vous n'en soyez pas surpris et éviter de déranger le vitrier.

« Maintes et maintes fois, pour une bonne raison j'ai prié le gardien de nuit de bien vouloir laisser ma fenêtre ouverte chose très simple. Ceci contrarie certainement ces Messieurs et dames de la clinique dont vous êtes chargé de faire respecter par vos boniments...

« ...La prochaine fois je serais obligé de me donner de l'air tel que j'ai fait le 5 décembre pour ahérer ma cellule infectée par ces émanations de poison tel Nicotine, Nitiline, etc.

« Veuillez agréer « Eugéne J... »

Juillet 1909 — Il dit qu'on lui soutire le sang et le sperme pour en faire des remèdes contre les maladies.

17 novembre 1909. — On fait avec son sang et son sperme des produits « *pharmaceutico* » en particulier de l'albumine.

Dans cette observation on remarquera qu'au début le délire était peu riche mais est devenu très rapidement touffu et fourni d'une foule de détails; il forme un *système* qui s'est accru par *évolution systématique avec hallucinations* très nettes de tous les sens, sauf de la vue, ce qui est l'ordinaire; il y a détermination précise des persécuteurs; différentes sortes de réactions qui deviennent très violentes, puisque par moment Jo. a de véritables *période d'excitation* où il crie continuellement, allant et venant dans la cour, menaçant et injuriant ses persécuteurs imaginaires, les médecins et le personnel, et se mettant dans des colères dangereuses pour peu qu'on fasse mine de lui résister. Les cas de ce genre sont de *durée* indéfinie, *chroniques*. Parfois ils débutent beaucoup plus lentement (formes types) par une période où le malade n'a que de vagues soupçons, des inquiétudes de persécution, puis le délire s'installe et se développe avec l'apparition des hallucinations. D'abord c'est *On* qui persécute le malade, celui-ci entend des mots brefs sur son passage, des signaux sont faits à son intention, puis peu à peu de cette indétermination sortent des idées de plus en plus précises. Le *On* devient *Ils*, le malade connaît ses persécuteurs, il les nomme (vrais ou faux); les hallucinations de l'ouïe s'étendent, celles des autres sens et de la sensibilité générale apparaissent, on lui prend sa pensée, etc. Bref, l'*évolution* du système est lente, modérée, extensive, s'approfon-

dissant pendant des années jusqu'à entraîner des idées retrospectives, etc., par conséquent plus lente que chez Jo... Ce sont les cas *ultra-typiques*. En l'absence de renseignements donnés par d'autres que Jo..., on ne peut savoir combien de temps a duré cette *première période préliminaire*. Mais chez lui déjà il y a eu en quelques mois une telle extension du délire, qu'il est devenu rétrospectif, chose qui arrive fréquemment. Il en est à la *deuxième période dite d'état*. Enfin un caractère de ces folies, c'est d'être « *partielles* », c'est-à-dire qu'en dehors des idées délirantes le malade conserve toute l'intelligence qu'il avait avant (tant qu'il n'est pas dément, ce qui est rare), contrairement aux autres formes de folie que nous avons vues jusqu'ici où tout est plus ou moins touché. Cependant il faut dire que très souvent ce genre de folie apparaît chez des individus *congénitalement débiles*, comme cela se verra d'une façon très marquée chez des malades que je citerai plus bas, et comme on peut le constater déjà chez Jo.., qui n'est vraiment pas très intelligent. Bien que le délire se systématise progressivement, dans cette observation il ne quitte pas sa couleur de persécution. On réserve plutôt le nom de folie à évolution systématique à celles où au délire de persécution pareil à celui-là, s'ajoute à un moment donné un délire de grandeur qui fait corps avec lui et le complète pour ainsi dire, le tout évoluant lentement avec des périodes assez tranchées, comme dans le fait suivant :

Folie de persécution à évolution systématique aboutissant au délire de grandeur. — Type Lasègue-Falret. — 56 ans de folie. — Pas de démence. — Mlle Pou..., sans profession, née en 1842, entrée à la Salpêtrière le 27 mai 1876, division Esquirol.

Antécédents. — Mère morte de cancer au sein. Elle n'avait pas d'attaque, n'était pas nerveuse. N'aurait rien présenté d'anormal pendant la grossesse.

Une tante maternelle folle.

Grand-père et grand'mère maternels, pas de renseignements.

Père bien portant, mais nerveux, émotif, impressionnable.

Grands-parents paternels bien portants.

La malade est réglée à 13 ans. A 13 ans, danse de Saint-Guy qui dure un an. Elle allait auparavant à l'école ; depuis, n'a jamais pu faire de travail suivi.

Soigneuse et économe.

Dès l'école avait des idées de persécution. On lui en voulait, elle était l'objet de remarques sans qu'elle sût pourquoi. Elle a menacé son père. D'après celui-ci, elle aurait eu une attaque d'hystérie à 22 ans.

P... est entrée à Sainte-Anne le 27 mars 1873 sur certificat de Legrand du Saulle, non retrouvé au dossier.

27 mai 1876.— Un certificat de P. Lucas à Sainte-Anne dit que P. est atteinte

de délire de persécution avec illusions et hallucinations, plus spécialement de l'ouïe. On l'insulte, on l'injurie. Alternatives d'excitation et de dépression. Attaques épileptiformes.

28 mai 1876. — Le certificat immédiat de Moreau (de Tours) porte : « Délire hallucinatoire. Idées de persécution. Défaillances de nature hystérique ou épileptique ».

Le *11 juin*, même certificat à peu près de F. Voisin.

En *1878*, fièvre typhoïde.

Le *20 janvier 1886*, Legrand du Saulle donne le certificat suivant où on trouve pour la première fois noté le délire de grandeur : « Est atteinte de délire chronique de persécutions avec quelques idées de grandeur. Elle se livre à une foule de fausses interprétations et elle présente des troubles de la sensibilité générale. Cette malade doit être maintenue. »

C'est durant cette année 1886 que je l'examine pour la première fois, comme interne du service. Elle est très hallucinée, de l'ouïe, du goût, de l'odorat, de la sensibilité générale, dans la sphère génitale. Les « invisibles », qui sont cachés dans les souterrains, lui disent des injures, lui prennent sa pensée, la répètent tout haut, lui lancent des mauvaises odeurs, lui mettent des poisons dans les aliments et la nuit se livrent sur elle à des attentats et à des actes obscènes. Ce délire est parfaitement systématisé avec néologismes nombreux. Il s'y joint un délire de grandeur avec détails circonstanciés rétrospectifs; elle est fille de France, fille de Napoléon, et le peuple l'a acclamée. Si elle a des ennemis, elle a aussi des défenseurs qui l'ont acclamée.

Le *7 avril 1888.* — Une crise convulsive (elle n'en avait pas eu depuis de longues années) de nature indéterminée.

Le *3 février 1891.* — On note que la malade se plaint plus particulièrement des « orgies » qu'on pratique sur elle. On lui montre sans cesse des images obscènes et que la République ne devrait pas permettre.

Le *2 novembre 1896.* — On note quelques expressions plus particulières : « Je me métamorphose, je me carbonise, on me dissèque à l'amphithéâtre, c'est une véritable dissection, je ne m'appartiens plus, je suis disséquée, dégradée. C'est de la force inexplicable puisqu'on m'envoie un fluide qui pénètre partout jusque dans mes dessous que je ne peux pas protéger..... j'ai été engagée aux archives par une alliance qui n'a pas existé, une alliance réelle, le banditisme m'a environnée.... Toutes ces obscénités, toutes ces horreurs, ce sont des sévices qui ne sont pas ordinaires; ils me torturent les entrailles, ma pensée par toutes vos (?) ignominies..... Je suis entre des murs dans un fossé, dans un trou : « dans un trou tu seras enfermée, dans un trou tu resteras ». Toute ma vie j'ai été un sujet d'expériences. C'est de la pure franc-maçonnerie faite en connaissance de cause, parce que la franc-maçonnerie ne supporte pas de déesse. » — Elle fait de nombreuses phrases sur ses idées de grandeur : « J'ai gagné trois millards à la France. »

31 juillet 1897. — « Je crois que les quatre coins de la maison vont tomber sur moi à bras raccourcis. »

1899 — Pendant l'été je fais le remplacement de M. Jules Voisin; je retrouve la malade telle que je l'avais connue en 1886, avec un peu plus de verbiage et un délire plus étalé, mais fondamentalement le même, avec les mêmes détails précis sur son enlèvement que je conterai plus loin. Aucun signe de démence. Ses

paroles ne sont qu'un tissu de néologismes et de symboles enchevêtrés, mais nullement incohérentes malgré l'apparence.

5 février 1902. — « Je suis bien plus malheureuse qu'auparavant. M. Franklin m'a posé un fameux paratonnerre sur la tête et toute espèce d'électricité me pénètre, je suis fille de France, Marie-Louise Napoléon... On me persécute, tantôt c'est de la cave, tantôt c'est du grenier, ma tête est cassée, je ne peux approfondir tout cela; maintenant que je suis vieille, je souffre parfois moins qu'auparavant des sévices qu'on me fait subir... »

Novembre 1905. — Je retrouve encore la malade. Elle est donnée à examiner en épreuve au concours de Bicêtre. C'est bien le type du délire Lasègue-Falret à évolution systématique, arrivé depuis longtemps à la cristallisation du système délirant de persécution et de grandeur.

Janvier et février 1909. — Je revois Mlle P. à plusieurs reprises. Le délire de persécution, bien qu'encore très actif, semble avoir cédé un peu devant celui de grandeur et être exprimé sous une forme un peu spéciale. Les invisibles lui parlent tout le temps.

D. — Comment ?

R. — Comme vous me parlez là : c'étaient des railleries : « ce sera mal fait; elle ne pourra pas ». Quand je suis venue à la Salpêtrière, ils ont dit : « voilà la République. »

D. — Ils prennent votre pensée ?

R. — Ils m'ont tourné l'esprit, ils prennent ma pensée.

D. — Comment ?

R. — Avec des ingrédients; aussi je les appelle des *pénétrants* qui manient comme j'appelle des poisons d'Orient... Je veux dormir, je ne le peux pas; si je veux coudre, je ne peux pas; ils me prennent ma volonté... Ces gens-là font des réflexions sur moi; tout cela (est fait) par des pénétrants : c'est de l'*apocalypsion*.

D. — Et des pensées obscènes ?

R. — C'est continuel; maintenant cela passe un peu, mais avant c'était continuel. Pour ces gens-là une femme doit être une Ève, c'est-à-dire appartenir à son mari ou à eux... Ils m'ont envoyé des sensations horribles; si j'avais voulu être mère, j'aurais pu être mère ici, comme je dis, à vol d'oiseau... Ils hurlaient; tout le département de la Seine a dû les entendre, quand ils criaient leurs viles révélations, leurs viles choses.

D. — Et maintenant ?

R. — Je me sens mieux, il faudrait que je sois complètement acquittée de ce monde-là.

Le premier jour que je l'avais revue, elle me dit, à mon grand étonnement, qu'elle était morte. Voici l'explication de ce terme :

D. — Vous disiez que vous étiez morte ?

R. — Oui, je suis incinérée, je suis réduite en cendres.

D. — Comment marchez-vous et mangez-vous alors ?

R. — C'est ma mémoire qui est réduite en cendres.

D. — Depuis quand ?

R. — Depuis six semaines après mon entrée.

D. — Comment ?

R. — Cela s'est fait petit à petit. Je suis morte.

D. — Etes-vous morte maintenant ?

R. — Non, puisque je parle ; mais je trouve que je suis au-dessous de la mort ; je préfèrerais être cadavérique complètement que d'être dans l'état infernal où je suis.

Un autre jour je reviens sur cette mort. Elle me répond :

R. — Je suis morte par la charge, le poids effrayant que j'ai porté depuis trente-deux ans, soixante-quatre ans jour et nuit debout. — La malade explique que ces trente-deux ans d'internement à la Salpêtrière comptent double parce qu'elle a dû combattre jour et nuit.

Je lui demande des détails sur sa naissance.

« J'ai été enlevée par le seigneur de la Malmaison, je ne sais pas comment j'ai été enlevée de mon berceau. Le seigneur de la Malmaison m'avait sur son bras et se tenait à la porte. Un individu arrive et dit : « elle a dix-huit mois » (il me semble l'entendre encore). Cet individu s'est jeté sur lui et lui a dit : « la bourse ou la vie »; et un individu a dit : « c'est la Napoléon ».

D. — Mais vous étiez bien jeune ?

R. — En effet, mais j'ai entendu dire que j'étais très avancée. J'entendais à chaque instant les domestiques qui disaient : « tel jour on va l'enlever et vous serez responsable. »

D. — Que s'est-il passé ensuite ?

R. — Il me semble me rappeler qu'une jeune fille me servait de gouvernante. Il est venu un jeune homme qui a dit à cette jeune fille : « il faut l'apporter »; la jeune fille m'a porté dans les bras de cet individu... J'avais peur, j'étais si jeune, j'avais encore mon hochet. Alors on est venu me chercher, j'ai passé sous les souterrains, alors on m'a dit : « voilà Joséphine de Beauharnais » (la jeune personne à laquelle on m'a remise).

D. — Mais vous, qui êtes-vous?

R. — Je suis fille de France, parce que j'ai parcouru les villes de France, ou fille de Napoléon à ce qu'on a assuré.

D. — Quel Napoléon ?

R. — Napoléon III.

D. — Comment cela ?

R. — Je sais qu'on m'a fait paraître à la place de la Concorde à la portière pour que je voie l'impératrice et l'empereur... la foule alors s'est écartée... A ce moment-là on a dit que j'étais la fille de Napoléon... ça circulait, ou la fille de Napoléon ou de Louis-Philippe ou de Henri V... Quand je suis arrivée à Sainte-Anne les religieuses ont dit que j'étais la fille de Napoléon.

Puis l'interrogatoire reprend sur les invisibles qui ont accumulé des documents sur elle : « Deux mille ans, dans deux mille ans c'est moi qui serai sur le tapis. »

D. — Qui vous a dit cela?

R. — Les gens qui lisent le bouquin (les papiers écrits sur elle par les invisibles).

D. — Qui ça ?

R. — Les ermites qui ne meurent pas.

D. — Mais vous, êtes-vous mortelle ?

R. — Oui, je suis mortelle, mais leurs papiers me rendront éternelle.

D. — Même dans dix mille ans?

R. — Bien sûr. Il y a des personnes qui trouvent cela très bien, très grand, mais moi !...

27 juin 1910. — Ayant pris le service le 25 décembre 1909, j'ai causé depuis cette date plusieurs fois avec Mlle P... Elle porte son âge sur sa figure, 68 ans, mais elle est toujours bien tenue, polie avec tout le monde, et n'a guère changé depuis l'année dernière. Elle est plus calme. Depuis un an, elle, qui travaillait fort bien à faire des robes, des vêtements de femme, se refuse à travailler pour de l'argent; elle se borne à se raccommoder et à faire des bibelots pour ne rien devoir à la maison, dit-elle. Elle a toujours le même délire, mais les persécutions semblent moins actives, surtout les génitales. Ses paroles sont toujours difficiles à suivre, dès qu'il s'agit de son délire, parce qu'elles sont bourrées de symbolismes et de néologismes. Elle ne varie pas sur son délire de grandeur, sauf qu'elle n'est pas certaine d'être la fille de Napoléon III. C'est peut-être de Napoléon Ier qu'il s'agit. Comme on lui fait remarquer que cela n'est pas possible, elle ajoute qu'elle est peut-être la fille de la fille de Napoléon Ier; elle ne paraît pas croire non plus que Napoléon III soit mort, mais elle sait que l'impératrice Eugénie vit en Angleterre. D'ailleurs c'est toute sa vie de souffrances qui est une preuve de sa filiation. Les papiers des « légitimistes » (ceux qui la soutiennent) sont enfermés dans un coffre-fort; elle ne sait pas où il est actuellement; et là-dedans est la preuve qu'elle est fille de France. D'ailleurs les religieuses de Sainte-Anne le lui ont bien dit, etc. Elle croit aussi que si les Allemands ne sont pas tout à fait entrés à Paris en 1870, cela pourrait bien être dû à son intervention... Mais aussi elle a souffert; c'était « une vie de végétation » ; on l'a injuriée, menacée de toutes façons.

D. — Etes-vous toujours persécutée?

R. — Oh! oui! Je crois que c'est oral, tout ce qu'on peut entendre! Je ne vous souhaite pas d'entendre tout cela. Vous seriez bannis! Ce serait le bannissement de la vie.

(Elle ajoute, parce que ce jour-là l'interrogatoire était terminé) :

— Au revoir, Monsieur, vous me pardonnerez d'avoir fait quelques erreurs de calcul, je suis un peu fatiguée. Le fond, c'est que j'ai déclaré la vérité et que je veux m'en aller d'ici.

Elle sort très poliment.

Ces erreurs de calcul, c'est une allusion à l'examen que j'ai fait de son niveau mental. Elle a encore toute son intelligence; on le voit par sa tenue sa façon de répondre et sa conduite dans le service; la surveillante assure qu'elle n'a pas baissé intellectuellement. Je cherche à savoir si elle se rappelle le passé; elle ne paraît pas se souvenir fort bien du siège de Paris ni de la Commune, pourtant elle dit, comme je l'ai mentionné, que peut-être elle a empêché les Prussiens d'entrer tout à fait. De plus, elle ne sait plus très bien la date de son entrée à Sainte-Anne qu'elle place en « 1871 peut-être », mais elle se souvient des noms des médecins qu'elle a vus successivement: Lucas, à Sainte-Anne; Delasiauve, Félix Voisin, Moreau de Tours, Bourneville, Charpentier, Legrand du Saulle. Celui-ci a dû prendre le service en 1880 ou 1881, puisqu'il est resté six ans et qu'il est mort le 6 juin 1886 (exact). Seulement elle croit que M. Jules Voisin n'est pas venu immédiatement. Elle ne se rappelle pas du tout avoir vu Féré qui était suppléant à cette époque. Mais cela n'est pas étonnant, car Féré n'a très probablement dû la voir qu'en pas-

sant. Elle dit être entrée à la Salpêtrière en 1875, mais c'est en 1876. Quant à son âge, elle dit qu'elle croit être née en 1842 (exact), mais qu'elle ne peut l'affirmer, car elle a eu ici des « démentis ». Pour les autres faits de son existence avant son entrée, il est difficile d'avoir des explications précises, car celles-ci sont entremêlées de déductions concernant son délire rétrospectif. Quant à son instruction scolaire, son orthographe est bonne et elle a écrit spontanément une longue phrase, d'ailleurs délirante, d'une correction orthographique et syntaxique parfaite, sauf un oubli. Elle a oublié un peu la table de multiplication. Mais on voit par sa conversation qu'elle a eu quelques connaissances géographiques et historiques très primaires. (Il faut se rappeler qu'elle n'a été à l'école que jusqu'à treize ans). Nous étonnerons-nous beaucoup de ces quelques erreurs ou pertes de souvenirs sur des faits ou des acquisitions intellectuelles, remontant à plus de trente ans, chez une femme enfermée dans les asiles depuis trente-sept ans et délirante depuis l'âge de 13 ans, c'est-à-dire depuis cinquante-cinq ans? Mais la mémoire actuelle est tout à fait intacte, comme on peut en juger par sa conversation sur les faits du service ; par sa conduite à la section. Je dirai aussi, pour ceux qui aiment les tests, que l'emploi d'un test de Ziehen le montre également. Je rappelle en quoi cela consiste. Je lui demande la multiplication 5×7. Elle me répond 28, puis après tâtonnements 35. Je lui demande de me répéter successivement les deux séries de chiffres 9.4.5.1.3.4. — 1.7.4.6.8.3. Elle les répète correctement et se souvient ensuite de la multiplication effectuée $5 \times 7 = 35$, après une hésitation qui tenait à ce qu'elle n'avait pas compris la question, quand je lui ai demandé ce qu'elle avait fait avant de répéter les séries de chiffres. Elle répète aussi exactement des phrases quelconques sans grande signification. En un mot, sauf quand il s'agit de ses idées délirantes, elle se comporte tout à fait normalement pendant mon examen et dans le service ; elle est parfaitement conservée pour son âge qui approche de 70 ans. Il est vraiment impossible de la considérer comme une démente.

Chez Mlle Pou..., nous nous trouvons en présence d'une aliénée qui a au moins *cinquante-six ans de délire* (1). Le délire de persécution, qui probablement a mis longtemps à arriver à son plein développement, puisqu'elle n'a été placée qu'à l'âge de 31 ans, s'est augmenté à un moment donné de *délire de grandeur*, puisqu'elle est fille de France, etc. Elle a aussi des *défenseurs*. Ce délire de grandeur se relie *logiquement* (plus ou moins, bien entendu) avec le délire de persécution dont il est le complément. On considère dans ces cas l'apparition des idées de grandeur comme marquant une *troisième période*. Enfin, depuis quelques années, l'activité délirante est moins intense, ce qui s'accorde avec l'âge de la malade, 69 ans, *mais il n'y a pas de démence*.

Pour Magnan, au contraire, il y aurait *toujours* une *quatrième*

(1) A la date où je corrige ces épreuves (15 décembre 1911) l'état est sensiblement le même.

période terminale de démence. Cette démence n'arrive guère que dans les cas où il n'y a pas une évolution systématique franche, où les idées de persécution marchent trop rapidement, où les idées de grandeur arrivent aussi prématurément, où surtout la systématisation du délire est très *imparfaite*. Nous retrouverons cela plus loin.

Si on compare le cas de Jo... avec celui de M[lle] Pou... il semble, sauf que dans le premier l'évolution a été probablement plus rapide, que la période de persécution de J... n'est qu'une deuxième période et qu'il y en aura une troisième, de grandeur. Cependant cela n'arrive pas toujours. L'on réserve, comme je l'ai déjà dit, le nom de folie des persécutions à évolution systématique au délire de persécution systématisé qui aboutit à la grandeur. Mais on peut donner au cas de J... le nom de *folie systématisée* (1) *complète et pure des persécutions*. A côté d'elle il y a des types cliniques de persécution pure, moins complets, où la systématisation est moins étroite, les hallucinations moins nombreuses ou faisant défaut dans tel ou tel sens, ou même faisant toutes défaut, etc.

De même, à côté de la folie à évolution systématique, il y a des délires plus ou moins bien systématisés de persécution, plus ou moins complets, auxquels viennent s'ajouter des idées de grandeur plus ou moins développées, non pas après une évolution régulière comme chez M[lle] P..., mais à un moment quelconque, parfois au début de l'affection, idées de grandeur qui forment avec les idées de persécution un tout plus ou moins logiquement relié. Cela tient à ce que l'idée de grandeur a avec celle de persécution les rapports les plus étroits, le persécuté étant le plus souvent un vaniteux, un égoïste pénétré de lui-même, un « grand » en puissance. — Si j'ajoute qu'au délire de persécution soit pur, soit avec idées de grandeur, il peut se mêler des idées de jalousie, des idées hypocondriaques, mystiques, de possession ou même d'auto-accusation, cela montrera qu'il y a beaucoup de types cliniques, avec ou sans hallucinations; d'autant plus qu'on passe par transitions insensibles au délire systématisé de grandeur pure, à l'hypocondrie pure, à la folie mystique pure. Je ne donnerai, chemin faisant, que quelques exemples de ces types insistant surtout sur leurs caractères communs. Car, quel que soit le type clinique, le persécuté a toujours une physionomie particulière, comme aussi

(1) On peut employer au lieu de *systématisé* l'adjectif *systématique* et vice versa, cela n'a pas grande importance.

l'hypocondriaque ou le mystique ou le délirant de grandeur, pourvu que la teinte de l'idée délirante soit prédominante, sinon il y a une physionomie clinique mélangée.

Folies systématisées de persécution terminées par la démence. — Avant d'entamer la description des caractères communs à tous les persécutés, il faut indiquer que si la terminaison par démence dans les folies très bien systématisées comme le type Lasègue-Falret n'arrive pas, cette terminaison peut arriver dans les folies moins bien systématisées, après un laps de temps plus ou moins long. En voici des exemples qui méritent de nous arrêter.

L'observation suivante de Mme B... est d'autant plus instructive qu'elle remonte à de nombreuses années en arrière, puisqu'elle figure dans le travail de Séglas, publié en 1888, sur le délire chronique (1); j'avais vu la malade à cette époque, et j'ai pu de nouveau la revoir grâce à l'amabilité de mon collègue, et constater son état de démence.

Folie systématisée de persécution et de grandeur terminée par la démence.

Mme Bed..., agée de 38 ans, entre le 8 juillet 1885 à la Salpètrière, service de M. Falret. (*Notes du Dr Séglas*)

Un certificat de M. Garnier, délivré le 7 novembre 1884, porte la mention : « délire chronique, hallucinations de l'ouïe, interprétations imaginaires, idées de persécution etc... ». M. Magnan constate aussi le 8 novembre 1884 un délire chronique avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale, idées de persécution. M. Falret porte à son tour le diagnostic : délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe, etc.

Le père de cette malade buvait un peu, il a eu une attaque de paralysie dans le bras et la langue pendant trois mois.

Mme B... aurait eu en 1874 une fièvre typhoïde très grave : elle eut le délire pendant six semaines, et, après la maladie, elle perdit la mémoire pendant un an : durant ce temps, elle ne mangeait ni ne buvait elle-même. Le début de la maladie actuelle remonte à 1884 ; vers le mois d'avril, on l'insultait dans les rues, chez le boucher, ce qui l'étonnait beaucoup; sa voisine, qui lui disait des injures (fille publique, etc...), aurait voulu l'assassiner chez elle avec un balai. Étant devenue très faible, elle entra en juillet à la Charité; elle prétend que c'est là seulement que M. Féréol lui aurait appris qu'elle était persécutée et elle dit que c'était une tentative d'empoisonnement de la part de ses ennemis qui l'avait rendue malade.

On constate chez elle des hallucinations de divers sens : odorat (on l'endort avec du chloroforme), goût, sensibilité générale, mais c'est l'hallucination de l'ouïe qui domine et dirige le délire : nous ne constatons pas d'hallucinations de la vue. Elle raconte qu'on l'insultait, que plusieurs personnes s'en sont mêlées, que sa sœur dirige le complot, parce qu'elle est jalouse d'elle et vou-

(1) *Société médico-psychologique*, séance du 30 janvier 1888.

drait se substituer à elle. Elle dit que cette sœur est une femme de mauvaise vie, qui a des relations avec les femmes et les hommes avec un mouchoir rouge. Elle a entendu dire cela à des gens qui causaient entre eux. Elle se défend d'avoir fait cela et a voulu « mettre opposition » en disant n'avoir jamais eu que des mouchoirs blancs même pour priser.

Cette malade a aussi des idées de grandeur; et il nous semble important de noter l'époque de leur apparition. Alors que les idées de persécution datent d'avril 1884, les idées de grandeur se seraient montrées dès la fin de la même année; en tout cas, elles sont mentionnées dans un certificat de l'asile de Vaucluse en juin 1885, alors qu'elles ne sont pas signalées dans les certificats de MM. Garnier et Magnan en novembre 1884. Ces idées sont donc survenues très rapidement. La malade a entendu des personnes dire, sans cependant s'adresser directement à elle, qu'elle était la petite-fille du marquis de Grammont; elle aurait été soustraite toute jeune à sa famille et placée chez un nourricier; mais sa vraie famille veillait sur elle. Sa sœur lui aurait enlevé ses titres pour prendre sa place, surtout le marquis de Grammont étant mort, peut-être à la Salpêtrière où M. Falret et la surveillante l'auraient fait entrer en lui tendant un piège. Comme réactions, signalons qu'elle a déposé des plaintes chez le commissaire au sujet de ses ennemis. Aujourd'hui encore, c'est l'idée de persécution qui domine : la malade est dissimulée, elle a des réticences en parlant; elle a d'ailleurs toujours été d'un caractère sombre. Elle est convaincue de la réalité des faits qu'elle avance et tient à son titre. Ses explications sont parfois assez embrouillées : cependant, il n'y a pas de démence, la malade est plutôt une intelligence faible. Au point de vue de la conformation physique, notons une asymétrie de la voûte palatine étroite et profonde et des déformations auriculaires.

8 mai 1909 (1):

R. — Je suis creuse dans l'intérieur du corps, mon corps est creux. C'est un vieux qui venait la nuit qui portait un rasoir, qui m'a coupé dans l'intérieur du corps. On a fait un trou et on m'a fait sortir tout l'intestin.

D. — Vous avez dû souffrir.

R. — Il a quelque chose pour m'endormir.

D. — Comment le savez-vous alors?

R. — Je l'ai bien vu, je le sais bien. Rien que l'odeur des paquets pour l'endormage peut vous faire tomber mort. Il y en a chez les pharmaciens dans de grands bocaux; ils ont même des tuyaux pour m'endormir tous les soirs, ils soufflent une poudre.

D. — Au réveil, comment êtes-vous?

R. — Comment voulez-vous qu'on sache quand on souffre comme ça depuis trente ou quarante ans? Cette poudre, c'est comme une infection, j'ai trouvé sous mon oreiller un petit chiffon qui avait eu du chloroforme.

D. — Dans le manger, qu'y a-t-il?

R. — On mettait de l'arsenic, maintenant c'est une autre poudre pour les femmes en couches, on le sent bien, on le voit à la couleur du bouillon, mais on m'a bien arraché d'autres choses dans l'intérieur du corps.

On m'avait fait avaler à la cuiller des choses que rendaient les femmes en

(1). Notes prises par MM. Séglas et Collin.

couches et un médecin est venu qui a dit: « il faut donner à cette pauvre femme de la salade pour la guérir ».

D. — On vous insulte toujours?

R. — Non, non. Une fois j'ai été insultée, mais pas depuis.

D. — L'affaire de Grammont?

R. — Notre nom de Bed... n'est pas notre nom, j'ai été chez ces gens-là toute jeune.

D. — Votre vraie famille ?

R. — Je ne sais pas, j'ai perdu mes parents.

D. — Vous n'êtes pas fille de Grammont?

R. — Oh! non monsieur, je ne le connais pas.

Ma fortune m'a été volée par les Bed... Ils m'ont volé mon nom, ils m'ont volé mes lettres, ils m'ont volé mes titres.

Mon vrai nom, le voilà (montre un papier): Marie-Joséphine.

D. — Votre nom de famille?

R. — Eh bien, je m'appelle de Milan.

On m'a volée à cette famille-là pour me mettre chez les Bed...

D. — Quel rapport y a-t-il entre les Milan et les Grammont?

R. — Je ne sais pas, je ne connais pas les Grammont.

D. — Combien vous a-t-on volé?

R. — Il y avait plus de 106 000 francs.

D. — D'où teniez-vous cet argent?

R. — C'est de l'argent qui m'appartient d'une famille de gens très haut placés, plus haut que vous. Tous les livres, tout l'argent qu'on m'a volé a été envoyé en Allemagne.

D. — Comment le savez-vous?

R. — Il y a des canailles échappées du bagne qui sont prêts à faire de mauvais coups.

D. — Avez-vous réclamé ces titres ?

R. — Oh! non, je n'ai rien fait.

Il y a un Bed..., qui étranglait les enfants, un qui leur arrachait la langue. Ils sont 30000 Bed... C'est un nom qu'ils volent. Moi, je sais que vous n'êtes pas médecin. Tenez, Falret, je sais bien qu'il a été garçon meunier, cordonnier aux travaux forcés.

Et la maison où il y avait des millions, où on dépensait un million de bols de salade !

Qui a mangé les champs, les vignes, les fermes? Si j'avais mes titres, je saurais tout cela.

D. — En quelle année êtes-vous née?

R. — Je n'en sais rien.

D. — Ça vous est égal?

R. — Tous ces livres-là sont mangés par les gens qui habitent la maison (livres d'entrée).

D. — ??

R. — Oui, hier on a mis de la pisse couleur de pelure d'orange dans le vermicelle; pour vous revenir à la salade et aux œufs, on ne m'en a pas laissé un seul.

D. — Votre sœur qui venait vous voir?

R. — Je n'ai pas de sœur, monsieur, je n'en ai jamais eu.

D. — Cependant était-ce une fausse sœur?

R. — Non, c'est une fausse sœur.

D. — Quand vous mangez, où ça passe-t-il?

R. — Dans une épaule ou dans un revêtement. C'est comme les gens qui sont dans mon intérieur, comment font-ils quand ils ont envie de pisser et de ch...?

Les Bed... m'ont guillotinée. Je n'ai plus ni ma figure, ni mes yeux, ni ma tête, ni mes cheveux.

D. — Et cette tête que je vois?

R. — Ce n'est pas la mienne.

D. — Comment ces gens qui sont dans votre corps sont-ils entrés?

R. — On les a jetés. Il y a même un Ferluquet qui m'a été dans le corps. Je ne veux pas d'homme. On m'a envoyé des poignards dans les reins, des ciseaux de Cayenne dans le derrière. On m'a saignée.

D. — Où est le sang?

R. — Ils ont mis le sang dans une cuvette.

D. — Vos boyaux, vous les avez bien, puisque vous allez aux cabinets?

R. — Ce sont ceux qui sont dans mon corps qui y vont pour moi.

Janvier 1911. — (1).

D. — Vous êtes la reine de France?

R. — Je suis une reine, je ne vous parle pas d'Autriche, ni d'Allemagne. J'avais un métier à Paris de brodeuse. Et je n'avais pas besoin d'argent, et j'étais plus riche que tous les gens que vous mettez ici. J'avais un logement de 200 francs et c'est moi qui vous logeais.

. . . .

D. — Est-ce vous qui êtes en prison ou moi?

R. — Moi, j'y suis.

D. — Comme prisonnière ou reine?

R. — Comme je veux. On vit de mon nom ici.

D. — Vous vous appelez Marie-Joséphine?

R. — Vous doutez que je suis reine?

D. — Je ne doute pas. Quand êtes-vous montée sur le trône?

R. — Pas encore. — Les Tuileries m'appartiennent. Je suis au-dessus de vous; et si vous vous mettez juge d'instruction, vous ne réussirez pas.

D. — Mais vos parents?

R. — Tous des saints.

D. — Comment sont-ils marqués sur le calendrier?

R. — Vous n'y serez jamais. Mes parents s'appellent comme ils veulent. C'étaient des martyrs comme moi. Ici on m'a réduite à l'état de squelette.

. . . .

R. — La ville de P... m'appartient et cette armoire-là aussi.

D. — Comment vous appelez-vous? Mme B.?

R. — Non, Mlle Marie-Joséphine B...,

On parle de ce qu'elle a dans son petit sac; elle sort des pièces de monnaie et dit :

(1) Notes personnelles.

R. — Il vous fallait 20 sous. Je vais vous les donner. Si vous me signez ma sortie, je vous foutrai 20 sous. Tenez.

D. — Qu'en ferai-je?

R. — Vous mangerez avec.

. . . .

R. — Je vous vois. Je vois que vous avez des culottes de drap, mais je ne sais pas si vous avez passé en police correctionnelle.

Le père B... m'a arraché les intestins. On m'endort pour me retirer mes aliments.

D. — Et ce monsieur là-haut? (on lui montre le buste d'Esquirol.)

R. — C'est Esquirol. (C'est écrit sur le socle.)

D. — Qu'est-ce que c'était qu'Esquirol?

R. — Un idiot. Il y a une salle Esquirol : j'ai pensé que c'était un garçon qui avait été enfermé là.

2 février 1911. — On interroge la malade longuement. Après un dialogue où elle émet les mêmes bribes incohérentes d'idées de persécution, de grandeur, hypocondriaques, de transformation corporelle et de négation, on la laisse parler et elle se livre à un monologue dont je reproduis ci-dessous un passage sténographié. D'après la surveillante, Mme B... parle toute seule toute la journée de la même façon.

Après lui avoir demandé si elle se rappelait M. Falret, M. Charpentier (les médecins qui l'ont successivement soignée), elle répond en les englobant dans ses idées délirantes, puis se livre à son monologue en restant tranquillement assise sur sa chaise, se tournant vers tous les assistants comme pour mieux leur expliquer sa pensée avec une mimique très active :

« ...Mais pour en revenir à M. Charpentier, on connaît ici cette bande de colporteurs. Ils avaient volé dans une fabrique, on y fabrique des bretelles, il y avait des souliers, des mouchoirs à carreaux. Je les connaissais de vue de les voir, comme des gens qu'on appelait des gascons, des gens qui n'étaient pas des médecins, des gens pauvres. Ils vivaient de ce qu'ils trouvaient dans des ballots. Il y a peut-être bien des beaux mouchoirs, des bas, des chaussettes, des souliers. Ils vivaient de ce qu'ils retiraient de ces gros ballots. Ils venaient ici comme médecins, ce ne sont pas des gens savants, ce sont des gens pauvres. Des hommes, un charpentier à Épinal et à Nancy. J'ai remarqué du côté d'Épinal des hommes qui étaient au bout du pont. J'ai remarqué que ces hommes se tenaient là. Ils étaient dans le bas de Nancy, mais pour des médecins, il n'y en a pas. Ceux-là qui s'appellent Charpentier, qu'il s'appelle comme il voudra, je sais qu'il a fait ses affaires dans cette maison. Ils ont volé les pantalons, les redingotes. Les vêtements, c'est à moi, les chemises, c'est à moi, personnellement.

. . . .

Cette famille des Bed..., c'est un nom qui m'appartient, mais c'est un nom que je ne dois pas porter. On m'a avilie, on m'a fait dégringoler d'échelon en échelon, on prenait le nom de Joséphine pour se procurer. Aujourd'hui, je ne m'appelle plus que Bed... tout court. Tenez, monsieur, voilà les pièces (de monnaie), comme elles les ont abîmées, d'ici. Voici pourquoi on n'en veut pas, parce que tout ceci a été frotté, cela coûte pour retirer une personne d'une maison. La pension de Marie-Joséphine a été mangée, la pension de Marie aussi, vous voyez pourquoi on ne les aime pas.

« Maintenant, je vous dis, ce fauteuil-là, c'est un fauteuil qui est un petit saint, qui est plus jeune que moi, qui est à Marie Stuart, appelée Princesse d'Orléans. Je n'ai qu'un vêtement, que ceux qui me fournit par des parents pauvres, c'est un tricot de la fabrique de Barcelone, il est raccommodé, ça, et puis il vient tous les 15 jours, il m'apporte un gilet pour changer et 3 ou 4 mouchoirs de poche, je dois avoir de la salade tous les jours et je n'en ai pas.

D. — Qu'est-ce que cette demoiselle ? (On lui montre la surveillante qui l'accompagne).

R. — Cette demoiselle, je ne la connais pas, ni cè monsieur non plus.

D. — Vous l'avez déjà vu.

R. — Mais quand je l'aurais vu, je ne le connais pas. Cette demoiselle la première fois que je l'ai vue, je ne la connaissais pas. Je suis très physionomique, je sais qu'elle n'a rien et qu'elle vit mieux que moi. L'autre jour, elle m'a donné 20 sous pour manger.

« Vous êtes en prison et vous portez des vêtements qui vous rendent plus libre que moi. Mes vêtements sont revendus, etc. etc. »

La démence est incontestable. Elle s'est installée très lentement. Le délire est analogue à celui qui se montre d'emblée ou très rapidement dans la folie paranoïde (voir plus bas, p. 786); mais dans cette dernière, le délire dès le début est encore plus invraisemblable, plus kaléidoscopique, plus nourri, avant toute démence, que chez B.., où actuellement un verbiage incohérent, dû à la démence, remplace trop l'idée délirante qui fleurit autrefois. On remarquera aussi les restes des réactions émotives violentes de la persécutée, son ironie, son agressivité, plus marqués que dans la folie paranoïde, enfin, la différence de ce langage avec celui de Mlle Pou..., celui-ci (p. 669) si riche en symboles et néologismes, incohérent seulement en apparence, puisque Mlle Pou... n'est pas démente.

Voici un autre exemple dont je n'ai pas vu le début, mais qui a les plus grandes ressemblances avec celui de Bed..., sauf que le délire est beaucoup moins riche, quoique très incohérent. On remarquera une stéréotypie.

Folie de persécution et de grandeur. —*Démence.* — Gan..., dessinateur, entré le 21 octobre 1909 à Bicêtre à l'âge de 38 ans.

23 octobre 1909. — Renseignements fournis par la femme. — Le malade a été interné en 1903, à Sainte-Anne, pendant six mois. Depuis sa sortie il n'a jamais été bien; il a des accès de colère, des idées de persécution et de grandeur.

Le début aurait été occasionné, d'après le médecin, par un surmenage de travail. Le malade a été pris du jour au lendemain : il se croyait suivi par une foule, croyait que sa femme voulait l'empoisonner.

Pas d'accès auparavant. Pas d'excès de boisson.

Pas d'antécédents héréditaires. Un frère du malade est mort à quarante-deux ans d'anémie cérébrale (?). Tous les autres enfants sont bien portants.

Il n'y a que deux ans que le malade ne travaille plus.

D. — Pourquoi avez-vous été conduit à Sainte-Anne ?

R. — Je ne voulais pas être à la charge de ma femme; alors je me suis fait mettre dans une maison de santé.

D. — Comment avez-vous fait ?

R. — J'étais au musée du Louvre; là j'ai parlé un peu fort (la veille, le malade, racontant son histoire, avait dit : « Au Louvre, je me suis *recarré.* »); j'ai voulu aller sur le balcon. J'ai eu une altercation avec un gardien. J'ai été alors au commissariat de police et de là on m'a conduit au Dépôt et puis à Sainte-Anne.

D. — Il y a des dessous à votre affaire?

R. — J'ai eu l'audace dans la vie de me proclamer roi du soleil, de la lune et des étoiles. J'étalais le soleil en le fixant; alors j'ai pris des renseignements et je me suis trouvé en rapport avec un roi de France en sciences naturelles provoqué par la neurasthénie des gens.

D. — Est-ce qu'on vous avait conseillé de faire cela ?

R. — Non; c'est venu tout naturellement. Je me suis intéressé aux sciences naturelles et alors je suis arrivé à étaler le soleil en le fixant.

D. — A-t-on été envieux de vous?

R. — Oui, on m'a jalousé.

D. — Comment cela s'est-il manifesté?

R. — Il y avait une conversation directe des savants qui passaient aux deux centres de la voirie et alors les charretiers criaient tout haut ce qui avait rapport à ce secret. Et tout cela avec beaucoup d'esprit.

D. — On n'a jamais cherché à vous nuire?

R. — Non.

D. — Pas de mauvaises odeurs?

R. — C'est-à-dire que le dégagement d'esprit de ces conversations, dans une petite chambre, finissait par faire des odeurs suffocantes.

D. — Vous avez déjà été interné?

R. — Oui; il y a six ans, à propos d'une discussion sur la neurasthénie. J'ai été à Sainte-Anne et puis à Vaucluse.

D. — Vous buvez?

R. — Non.

D. — Vous fumez?

R. — Oui.

Asymétrie faciale. Nez dévié vers la gauche.

Oreilles normales.

Pas de voûte palatine en ogive.

Dents régulièrement plantées. Peu de différences entre les incisives et les canines.

Système pileux bien développé.

Organes génitaux normaux.

Pas de hernies.

Aspect plutôt bizarre; indifférence à se trouver ici.

4 novembre 1909 :

D. — Et le soleil et la lune?

R. — Ils sont toujours à leur place.

D. — Vous m'avez dit que vous les étaliez?

R. — Oui, quand on regarde le soleil, le mouvement de l'air l'étale; c'est l'air comprimé de la distance qu'il y a entre le rayon visuel et le soleil.

D. — Comment expliquez-vous que vous êtes ici?

R. — J'ai été jalousé par la concurrence et alors je n'ai pas pu travailler.

D. — Quels sont les malades qui sont ici?

R. — C'est un asile d'aliénés; mes voisins sont plutôt comme des idiots de naissance.

D. — Ça ne vous ennuie pas d'être ici?

R. — Non; je me considère plutôt comme un étudiant que comme un malade.

Le malade raconte avec assez de précision et d'intelligence ce qui concerne son métier et les études qu'il a faites à l'École des Arts décoratifs et aux Beaux-Arts.

11 novembre 1909 :

D. — Comment ça va?

R. — Ça ne va pas plus mal.

D. — Depuis combien de temps êtes-vous ici?

R. — Un mois à peu près.

D. — Date d'entrée?

R. — Les premiers jours d'octobre. En comprenant l'admission de Sainte-Anne, ça fait deux mois que je suis interné.

D. — Mais non; vous êtes entré à Sainte-Anne le 12 octobre.

R. — Oui, ça ne fait qu'un mois par le fait; mais ça fait tout de même deux mois parce qu'on a l'habitude de compter octobre et novembre.

D. — C'est un peu tiré par les cheveux.

R. — Les miens sont ras.

D. — Vous étalez toujours le soleil?

R. — Oh! je laisse tout à sa place.

D. — Vous lisez le journal?

R. — Quelquefois. Les faits divers sont si peu intéressants; j'aimerais mieux lire des dissertations de voyage.

D. — Quels voyages?

R. — Par exemple l'histoire de Bicêtre.

D. — Mais ce ne sont pas des voyages!

R. — Ça ne fait rien; ça fait remonter l'esprit dans les époques futures.

D. — Comment, futures?

R. — Ah non, dans les époques passées.

D. — Vous êtes content d'être ici?

R. — J'aimerais mieux être chez moi avec mes petites affaires.

D. — Ça ne vous étonne pas d'être ici?

R. — Si, ça m'étonne un peu d'être avec ces fous et ces idiots.

D. — Mais vous, vous n'êtes pas fou?

R. — Non.

D. — Vous nous avez raconté pourtant des choses bien extraordinaires.

R. — Oh! j'ai pu dire des balivernes. A Paris, on s'excite les méninges; c'est la folie commune, la folie des contaminés et j'en ai été dupe; j'ai été plus

tranquille ici; dehors la circulation était folle; ici j'ai retrouvé la même folie, mais plus simple, plus arrangée, plus mécanique.

D. — Qu'est-ce que ça veut dire?

R. — Ça veut dire que j'ai été trop interviewé, trop intéressé par des gens de passage.

Le malade paraît fatigué; il respire profondément, prend un air ennuyé et bâille fréquemment.

D. — Pourquoi faites-vous des grimaces?

R. — J'ai été artiste lyrique; j'ai fait le café-concert; alors il m'en est resté des grimaces.

On demande au malade d'écrire; il le fait avec beaucoup de difficulté, cherchant longtemps ce qu'il pourrait bien écrire et répétant: « Je n'ai rien dans l'esprit, je n'ai pas de pensées. »

D. — Quelle différence entre le soleil et la lune?

R. — C'est comme mon porte-plume, l'un est chaud, l'autre est froid. Ce sont deux astres contrariants.

D. — D'où vient la lumière du soleil?

R. — La lumière du soleil est produite par la densité de la fécondité de la fermentation de la terre qui laisse échapper une réunion de microbes impressionnistes.

D. — Vous êtes roi du soleil, de la lune et des étoiles?

R. — Oui, j'ai vu ça dans des féeries; et ça se rapporte bien à mon état.

16 décembre 1909:

Curriculum vitæ raconté par le malade lui-même. Né à Blois le 6 décembre 1870.

Venu à Paris tout petit.

École primaire du Point du Jour jusqu'à onze ans. Pas de certificat d'études. Le malade dit qu'il était paresseux et toujours puni.

« Je n'avais pas de mémoire; j'étais incohérent et indifférent à tout ce qu'on me disait. »

A quatorze ans, le malade entre à l'école des Arts décoratifs, rue de l'École-de-Médecine, où il est resté trois ans.

En sortant de l'école il a travaillé chez divers dessinateurs; à dix-huit ans, il s'est engagé. Il a servi trois ans dans les chasseurs alpins à Grenoble. Il était bon soldat, mais n'a pas obtenu de galons.

Après le régiment le malade a travaillé de son métier de dessinateur pour son compte. Il s'est marié il y a environ sept ans. Pas d'enfants. Il a perdu son père il y a quatre ans et sa mère il y a trois ans.

Tous ces renseignements sont donnés par le malade avec facilité et précision.

On lui fait faire quelques calculs de tête.

8 + 15 = 23	3 × 7 = 21
17 + 21 = 38	7 × 8 = *58*
53 — 8 = *48*	12 × 12 = *61*

Si 12 pommes coûtent 6 sous et que j'en prenne 4, combien faudra-t-il payer?

R. — Je ne sais pas; je n'ai pas la tête au calcul. Je me sens attiré par l'éloignement de ce que vous me dites.

D. — Capitale de l'Italie?

R. — Rome.

D. — Capitale de l'Autriche?

R. — Je ne me rappelle plus.

D. — Capitale de la Turquie?

R. — Je ne me rappelle plus.

D. — Quel est le fleuve qui passe à Blois?

R. — Loir et Cher.

D. — Président de la République?

R. — ?

D. — Voyons, c'est M. Fallières; ça ne vous dit rien?

R. — Non, je ne lis plus de journaux.

D. — En 1870?

R. — La guerre avec les Allemands.

D. — Qui a été victorieux?

R. — Je crois que ce sont les Allemands.

D. — Qu'est-ce qu'il nous ont pris?

R. — Plusieurs millions.

D. — Et quels pays?

R. — L'Alsace et la Lorraine.

D. — Quelles sont les deux grandes villes d'Alsace et de Lorraine?

R. — Je ne sais pas.

D. — Citez-moi des noms de grands peintres.

R. — Je n'en connais pas.

D. — Vous alliez au Louvre; quels peintres alliez-vous voir?

R. — Horace Vernet... Raphaël... Je n'ai pas la mémoire subtile pour me rappeler tous ces noms-là.

D. — Qui était Rembrandt?

R. — Un grand peintre ancien.

D. — De quel pays?

R. — Il me semble qu'il était Français, etc, etc.

Observé dans l'asile, G... s'y montre adapté dès le début et paraît s'y plaire; il est peu soigneux de sa personne, disputeur, peu endurant, très paresseux, jouant à peine aux dames, lisant quelques romans et journaux et ne dessinant même pas, ce qui était son métier. — Il a un mouvement stéréotypé, mouvement de la tête en avant; de temps en temps il a des impulsions violentes; il se jette sur ses voisins et les frappe. Parle parfois à voix basse, sans qu'on puisse saisir ce qu'il marmotte. Pas d'attitudes hallucinatoires ni spéciales.

Sur ma demande, il se met à dessiner, mais ses dessins sont tout à fait incorrects et agrémentés de mots qui n'ont aucun rapport avec eux.

Délire systématisé de persécution.— Démence profonde terminale chez un jeune homme.

Lab... H..., souteneur, entré à Bicêtre le 27 mars 1907, à l'âge de 19 ans.

Renseignements fournis par la mère. — Le grand-père paternel, vivant, bien portant, a 77 ans; le grand-père maternel est mort il y a quinze jours à 78 ans. de vieillesse (?). Père mort il y a trois ans de fluxion de poitrine ; il buvait.

Mère bien portante, pas nerveuse (paraît de moralité suspecte et est proba-

blement alcoolique). Deux oncles et une tante paternels bien portants. Pas d'aliénés dans la famille. Deux fausses couches, onze enfants. Six morts à l'âge de 18 à 20 mois de cause inconnue.

Le malade (dixième enfant) est venu à terme. La grossesse a été normale. La mère ne se rappelle rien de particulier; pour elle, l'enfant était intelligent, beaucoup de mémoire. Dès 12 ans il fait l'école buissonnière et fréquente de petits vauriens. Vole des bonbons aux étalages. A 14 ans, condamnation à quatre mois de prison avec sursis pour vol à l'étalage. A 15 ans, huit mois de prison pour vol de friandises avec escalade; à 17 ans 1/2, fait le souteneur; condamné à trois mois avec interdiction de séjour. Quatre autres condamnations dont la dernière le fait envoyer à Fresnes. Là il raconte à sa mère qu'il n'est pas nécessaire qu'elle vienne le voir, car il l'entend tous les jours; il entendait les co-détenus dire qu'on voulait le tuer; a frappé des gardiens dans un moment d'excitation. C'est alors qu'il est transporté à Sainte-Anne, puis à Bicêtre.

28 mars. — Jeune homme chétif; face et crâne asymétriques : physionomie du débile; manières typiques de l'apache, air insolent, tatouages. Il manifeste des idées de persécution; pas de troubles de la mémoire.

D. — Qu'est-ce qui vous amène ici?

R. — J'ai été à Fresnes et là on a conduit des filles soumises et des souteneurs qui voulaient me tuer.

D. — Qu'est-ce qui est arrivé alors?

R. — On m'a conduit à l'infirmerie.

D. — Quel métier?

R. — Sans métier.

D. — Pourquoi avez-vous été à Fresnes.

R. — Pour avoir fait le souteneur.

D. — Combien avez-vous de condamnations.

R. — Sept.

D. — A quel âge avez-vous commencé?

R. — A quatorze ans et demi.

Il dit que les souteneurs et filles soumises racontaient à Fresnes des histoires sur son compte, l'injuriaient, etc. Il ne sait pas pourquoi; à l'infirmerie spéciale du Dépôt, on lui a dit qu'il avait tué sa mère.

30 mars. — L... dit au surveillant qu'étant susceptible d'être relégué il avait convenu avec sa mère de faire le fou. C'est alors qu'il a tenté de s'ouvrir les veines à Fresnes et qu'il s'est battu avec les gardiens. Il a raconté avec précision qu'ayant voulu s'engager aux bataillons d'Afrique il a été refusé pour ses varices.

7 avril. — A accueilli sa mère par des injures, lui reprochant de l'avoir fait enfermer et passer pour un assassin, à l'instigation de son beau-frère qui, lui, est un criminel. Les malades de la cour le traitent constamment d'assassin. Son beau-frère a joué à l'as de cœur avec des copains dans les fossés des fortifications pour savoir qui serait désigné par le sort pour le tuer.

21 avril. — Arrogant et provoquant, menace le garçon de le « suriner »; il va « suriner » le personnel et les malades, qu'il couvre d'injures. Toujours mêmes idées délirantes.

29 mai. — A tenté de s'évader en grimpant après le mur, puis en escaladant

la grille. Surpris et transféré aux colonnes (quartier des agités), donne force coups de pied, de poing et de tête aux garçons qui le conduisent.

8 juin. — « Je voudrais savoir ce que c'est que la folie criminelle parce qu'on m'a dit à la préfecture que j'étais fou assassin. »

D. — Vous n'avez jamais assassiné personne ?

R. — Non, mais on m'a accusé à faux à la prison de Fresnes d'avoir voulu tuer ma mère et mon beau-frère. A Sainte-Anne, voyant que je voulais protester, on a voulu me faire passer pour fou malin; je connais la médecine et on s'est servi de magnétisme. Les gens qui sont autour de moi causent de moi.

D. — Pourquoi ?

R. — Je ne sais pas. Mais j'ai entendu qu'on avait essayé de me rendre fou malin à Sainte-Anne. J'ai des yeux pour voir et je vois des canailles partout. J'ai du cœur, moi, et je proteste contre la folie criminelle. Moi, je ne suis pas fou criminel, mais je sais qu'il y en a des millions dans les prisons.

28 août. — Très excité, il a frappé le malade J... d'un coup de couteau. Ce couteau a été apporté par ses parents (suspects comme mœurs et profession).

Fin 1907. — Toujours mêmes idées délirantes de persécution vagues avec hallucinations possibles, illusions et interprétations. Toujours excité, violent, menaçant.

21 mai. — Lettre arrogante où L... exige des explications et demande sa sortie. Il en a envoyé d'autres plusieurs fois aux autorités et il réclame souvent ses droits.

28 mai 1908. — L... paraît avoir des hallucinations auditives réelles. Il interpelle violemment d'autres malades qui lui diraient des injures. Il prétend que les médecins lui ont retiré les nerfs du cou, lui ont bouché les artères par des procédés invisibles et des poudres. « Je suis complétement dessoudé ; regardez ma tête, on m'a dessoudé la boîte cranienne ainsi que les oreilles, parce que j'ai de l'hallucination prisonnière criminelle. Du reste, les malades m'appellent constamment halluciné criminel. »

20 juin. — Mêmes idées que ci-dessus. L... fait constamment remuer les muscles occipitaux, temporaux et frontaux et les peauciers du crâne et de la face.

2 octobre. — L... se plaint qu'on lui envoie sous la peau de la vermine, poux, puces, morpions, par des mécaniques qui sont dans les souterrains. On lui a désoudé la boîte cranienne, déplacé et enlevé les artères. Il est très excité, violent, et menace de se faire justice lui-même si ces procédés de « canailles » continuent. Il remue les muscles de la tête pour se débarrasser de la « vermine ».

28 novembre — Il raconte avec beaucoup de précision une tentative de vol et d'attaque à laquelle il a assisté et le début des persécutions qu'il subit dès 1905. Le récit montre que L... a toute sa mémoire et que le délire remonte probablement à deux ans environ avant son entrée à Bicêtre. A la fin il s'excite, accable d'injures les médecins et menace de se venger. « Ces canailles, que je connais par le son de leurs voix, m'envoient de la vermine plein le corps. Ils sont en dessous et je les entends parfaitement, ces crapules, mais je me vengerai ; si je ne suis pas plus fort, je serai le plus canaille, à mon tour, car ils m'en ont trop fait. En outre, les médecins s'amusent à me dessouder la boîte cranienne pour faire pourrir ma cervelle et me faire mourir. J'en ai assez de ce

petit jeu-là, vous savez, et vous allez voir ce qui arrivera, car je ne veux pas mourir encore et je serai dans mon droit en me défendant. »

2 mars 1909. — Menace de tuer le surveillant, si celui-ci n'empêche pas les persécutions. « Ils sont là en dessous cinq, dont la fille M. qui est recherchée par la police depuis près de deux ans. Puisqu'on n'arrive pas à les faire déguerpir, je me vengerai sur vous le jour où vous y penserez le moins. Je trouverai bien une arme pour cela et ne vous raterai pas. »

Octobre 1909. — Depuis quelques semaines, le malade paraît baisser intellectuellement; il ne sait plus où il est, il émet incomplètement ses idées délirantes; il passe son temps à faire des gestes automatiques, tâtant son cuir chevelu, sa peau, remuant la tête, etc., « à cause de la vermine ».

8 décembre 1909. — L... a l'air égaré et sans expression à la fois; il fait continuellement des gestes automatiques, se tire les cheveux, se prend la tête entre les mains comme s'il voulait la fixer; il serre le bout de la langue avec ses doigts. Il commence des phrases sans pouvoir les achever; il ne peut même plus raconter les persécutions dont il continue à se plaindre; il est par moments tout à fait incohérent; il use de mots incompréhensibles; à un certain moment il dit: « Lobo, Lobo »; « On m'a fait siouza »; impossible de lui faire expliquer ce que cela signifie. A un autre moment il fait le geste de se couper le cou et dit: « Voilà ce qu'on a voulu me faire. » Puis un instant après, il ajoute: « Je suis mort. »

On a pu prendre dans ses poches un cahier sur lequel il a écrit ses « mémoires ». L'écriture est très courante, l'orthographe à peu près correcte et le style défectueux, mais on comprend très nettement ce qu'a voulu dire le malade. On voit qu'il a conservé jusqu'en 1909 l'habitude de noter très exactement toutes les lettres qu'il a écrites à leurs dates et avec l'indication de leur destinataire et les interrogatoires du médecin avec leur résumé; on y relève qu'antérieurement à son envoi à Fresnes, il avait déjà des idées de persécution comme je l'ai noté plus haut (ce n'est pas un délire rétrospectif). Dans ce cahier rien n'indiquait l'affaiblissement intellectuel; des passages indiquent une demi-reconnaissance de l'état maladif.

Ici, il y a chez un jeune homme, taré antérieurement et débile, une folie de persécution hallucinatoire pas beaucoup plus mal systématisée que d'autres que je rapporterai plus loin, mais qui aboutit rapidement à la démence confirmée. C'est à ces cas que l'on peut réserver le nom de *démence précoce type Morel*, car cet auteur a été le premier à les décrire brièvement. La question qui se pose est celle-ci : pouvait-on prévoir cette terminaison? L'expérience prouve que si un certain nombre de folies de persécution écloses à l'adolescence peuvent continuer de longues années à l'état chronique, il en est qui versent, comme chez Lab..., dans une démence rapide. Il est impossible de trouver un signe pour séparer les unes des autres; chez Lab... les *réactions violentes* étaient d'un persécuté, c'était assez cohérent,

concordant, tout comme chez ceux qui ne deviennent déments que tard. Dans les délires de la démence précoce de Kraepelin, il y a au contraire discordance, comme nous le verrons plus loin. Pourtant ces hébéphrénies, folies juvéniles, ne tombent qu'exceptionnellement dans la démence vraie de Morel.

Caractères importants des folies systématisées de persécution. — Je reviens maintenant à un certain nombre de faits utiles à connaître et qui concernent à peu près tous les persécutés, qu'ils soient très systématiques, à évolution systématique, ou moins bien systématisés.

Réticence du persécuté, — C'est un caractère d'une grande portée pratique.

Folie de persécution avec hallucinations de l'ouïe. — Réticence. — Go..., L. emballeur, entré à Bicêtre le 28 avril 1904, à l'âge de 36 ans. Les renseignements sur ses antécédents manquent. D'après les certificats, G..., peut-être ancien alcoolique et paludéen, a été depuis son entrée atteint d'un délire de persécution avec interprétations, peut-être sans hallucinations, accompagné d'excitation de temps en temps; au début il réclame sa sortie aux autorités. Dans une lettre au Procureur il se plaint des persécutions dont il a été l'objet ; celles-ci sont pareilles à celles qu'il me racontera plus tard. Depuis il était très réticent, comme cela a été expressément noté à plusieurs reprises.

1906. — Lorsque je le vois, il a bien l'aspect d'un homme peu intelligent, persécuté réticent, et j'ai beaucoup de peine à me faire confier par lui les motifs de sa séquestration. On causait sur lui dans le quartier, on le jalousait parce qu'il devait être nommé inspecteur de l'emballage du Bon Marché; il a entendu les personnes parler de lui à ce propos, on faisait courir le bruit qu'il faisait de la réclame pour le Bon Marché; un voisin a dit de lui à sa fenêtre, il l'a bien entendu : « Il aurait été malheureux de faire tomber une si belle tête ». Ce même individu fait des cancans sur son compte près de la famille E... — Bref, tout le monde s'occupe de lui, de ses affaires ; il soupçonne qu'on voulait le tuer, aussi il a porté plainte et c'est ce qui l'a fait envoyer ici.

25 avril. — Excitation violente dans la cour et cris contre des ennemis imaginaires qu'il veut traduire devant le tribunal afin de les démasquer et de les confondre.

« C'est moi, crie-t-il, qui causerai devant le tribunal, tas de lâches, feignants, crapules : vous verrez si vous avez des droits; vous les ferez valoir, si vous pouvez, tas de bandits. »

5, 6, 7, 8, mai. — Même excitation comme ci-dessus.

28 août.

D. — Comment ça va ?

R. — Bien, toujours dans l'attente.

. . . .

D. — Pourquoi votre voisin aurait-il voulu vous tuer ?

R. — J'ai insulté un jour sa femme ; un matin son mari se mit à sa fenêtre et dit tout haut : « C'est malheureux quand même de faire tomber une si jolie tête. »

Le malade s'arrête brusquement et dit : « D'ailleurs à quoi bon vous raconter tout cela, je n'ai plus confiance en vous. »

5 décembre.

D. — Depuis que vous êtes ici, vous n'avez rien constaté ayant un rapport avec les faits antérieurs ?

R. — Je sais qu'il y a des personnes qui ont déposé contre moi, mais je ne les connais pas, ces personnes.

D. — Et l'histoire du Bon Marché ?

R. — Quelle histoire ? — Eh bien, mais c'est mon frère qui a demandé une place pour moi au Bon Marché. C'est tout ce que je puis vous dire.

1907. — Toujours même état. Impossible de lui soutirer des explications catégoriques. Il reste toujours dans le vague volontairement.

20 octobre 1907 — Se met dans la journée subitement à crier : « Oui, j'entends bien, mais vous n'avez pas droit à la parole, tas de feignants, tas de lâches : Comment ? Qu'est-ce que vous dites ? ... Ah ! bande de vaches : tas de c... Comment vous nommez-vous ?... »

1908. — Toujours réticent ; voici un échantillon d'une conversation tenue le 25 mai avec G... On y voit l'obstination, d'ailleurs assez sotte, du réticent :

25 mai 1908.

D. — Bonjour, monsieur, comment cela va ?

R. — Bonjour, monsieur.

D. — Quoi de nouveau pour votre affaire ?

R. — Absolument rien.

D. — Comment cela ?

R. — Ces affaires, je n'en sais rien ; ce n'est pas à moi à m'en occuper, je n'ai rien à m'occuper et je ne veux m'occuper de rien ; je n'écrirai rien, n'écrirai rien. Ils m'ont foutu là-dedans, qu'ils se débrouillent !

D. — Comment cela ?

R. — Je vous ai dit ce que j'avais à vous dire ; c'est vous, comme médecin, qui devriez le savoir ; par conséquent, ceux qui sont la cause de mes souffrances, je les poursuivrai.

D. — Vous avez souffert ?

R. — Oui, j'ai souffert ici et je n'aurais pas dû souffrir, mes intentions sont de poursuivre. J'ai de bons certificats et on m'a déshonoré en me mettant ici. Je veux qu'on me fasse la loi du 4 juin 1839. Léopold, ancien surveillant, savait bien les démarches que j'avais faites. On me fait passer pour un idiot ; je vous ai dit que j'avais souffert. Vous ne m'avez jamais rien demandé. Féré sait que j'ai souffert, il était humain.

D. — Mais je vous demande ce que vous avez souffert ?

R. — Vous me le demandez maintenant, au bout de quatre ans !

D. — Mais vous ne me répondiez pas !

R. — Moi, je vous ai dit ce que j'ai souffert. Si vous êtes médecin, vous devez le savoir !

D. — Quelles sont ces souffrances ?

R. — Si vous êtes médecin, vous devez le savoir !

D. — Mais qu'est-ce qu'on vous a fait souffrir?

R. — Vous devez le savoir! Je vous ai dit qu'on m'avait placé ici, sans me consulter, sans demander mon avis, parce que j'avais des difficultés avec des voisins. Vous m'avez demandé si j'avais des nouvelles de mon frère; depuis quatre ans, je n'ai pas eu de nouvelles.

D. — Depuis que vous êtes ici, qu'est-ce qu'on vous a fait?

R. — Je vous ai dit la façon dont on avait procédé à mon égard..... Cet homme (le docteur Féré) sait bien que j'ai souffert. On m'a mis dans une voiture cellulaire, vous ne comprenez pas que cela fait souffrir! Je vous dis que la Préfecture de Police doit être responsable, ce n'est pas à moi à m'expliquer!

D. — Ce n'est pas à vous à vous expliquer ?

R. — Je vous ai dit qu'au mois d'avril 1904..., nous sommes en 1908, vous n'avez rien fait! Demandez à la Préfecture de Police pourquoi elle a agi ainsi!... Il n'y a pas besoin d'être sorcier pour comprendre cela! On fait venir mon frère de Montmartre! Je n'admets pas votre intervention et j'avais demandé à aller à l'hôpital militaire.

D. — Pourquoi vouliez-vous aller à l'hôpital militaire?

R. — Parce que j'aurais voulu qu'on me place dans un hôpital militaire, au Val-de-Grâce ou à l'Hôtel-Dieu. Ils me foutent dans une cellule, j'avais ma lucidité, je suis déshonoré!

D. — On n'est pas déshonoré parce qu'on est malade! Ce n'est pas être déshonoré que de venir à Bicêtre!

R. — Je perds mes droits!

D. — Comment?

R. — Il y a quatre ans que je suis là-dedans; qu'est-ce que le Tribunal dit? Est-ce que je ne perds pas mes droits ?

D. — Pour le moment!

R. — Je vous ai dit ma maladie, fièvres intermittentes et dysenterie, prenez des renseignements; quant à moi, je poursuivrai ceux qui m'ont fait souffrir.

15 juin. — Écrit une lettre au procureur de la République pour se plaindre très vaguement des ennuis qu'il a eus avant son entrée.

Fin 1908. — Toujours impossible de lui faire préciser quoi que ce soit; il élude les questions et refuse de répondre.

18 janvier 1909. — Transféré en province.

Folie de persécution. — Réticence extrême. — So..., 41 ans, tailleur, vu deux fois à la consultation de la Salpêtrière.

12 novembre 1910. — Le malade est amené par son frère. Il a un aspect contraint; il se tient sur sa chaise comme quelqu'un qui voudrait bien s'en aller. Il faut lui arracher les réponses qu'il fait d'une voix ennuyée et traînante. Il ne termine pas toutes ses phrases. Aussi l'interrogatoire ci-dessous qui tient en quelques lignes a-t-il été très long.

D. — De quoi s'agit-il?

R. — J'ai des étourdissements..., ça me trouble et je n'y vois pas clair... Pendant les dix ans que j'ai été interné à la Charité-sur-Loire, je n'ai jamais été malade... Mais mon instruction ne me permet pas de dire... J'ai voulu aller en place de mon métier ; je n'y reste que quarante-huit heures ou deux jours...

D. — Mais ces étourdissements, vous les procure-t-on?

R. — Ça pourrait se faire... mais je n'ai jamais eu d'idées semblables... Ça m'est très désagréable... De plus il m'est difficile d'être embauché... parce que j'ai les yeux ouverts... Des fois...

D. — Pourquoi avez-vous les yeux ouverts?

R. — Je ne sais pas... j'ai de la souffrance qui me taquine dans le cerveau...

D. — Ce sont vos pensées qui sont en désordre?

R. — Ce n'est pas moi qui pense toujours; il y a quelque chose de pas naturel... Et puis je n'en ai pas tant que cela de pensées...

D. — Pourquoi êtes-vous venu?

R. — Parce que depuis cinq semaines j'ai des troubles de la vue... il n'y a que mes yeux...

D. — Y a-t-il une relation avec votre état cérébral?

R. — Je ne tiens pas des raisonnements pareils...

D. — Vous digérez bien?

R. —...

Le malade devenant de plus en plus réticent, on remet la suite au mercredi suivant.

16 novembre 1910. — La mimique est encore plus caractéristique. Le malade a les yeux fermés presque tout le temps ou fuit le regard. Il faut lui extirper une à une les bribes de réponses faites d'un air profondément ennuyé, à voix basse et lente, chaque mot ayant l'air d'être longuement pesé. L'interrogatoire n'est pas bien rendu par le résumé ci-dessous; il aurait fallu répéter quatre ou cinq fois chaque question pour une réponse.

D. — Comment ça va-t-il depuis samedi?

R. — J'ai toujours les mêmes troubles; je pars le matin à l'aveuglette... C'est comme si quelqu'un était à ma place et agissait... souvent ce ne sont pas mes idées.

D. — Par quel procédé vous sont-elles suggérées?

R. —... Oui, je le comprends... mais quand il est trop tard...

D. — Vous prend-on votre pensée?

R. — A des moments, je n'en ai absolument pas.

D. — Vous êtes soumis à des influences? lesquelles?

R. — Il y a des influences... mais je ne sais pas lesquelles.

D. — Ce sont des actions mystérieuses?

R. — Je ne sais pas.

D. — Répète-t-on vos pensées?

R. — Je ne sais pas, je n'en suis pas sûr...

D. — Depuis combien de temps êtes-vous soumis à ces influences?

R. — Depuis cinq semaines...

D. — Et avant?

R. — Pendant trois ans je savais à quoi m'en tenir; si je subissais l'influence de quelqu'un, ce n'est pas facile à dire...

D. — Y en a-t-il une ou plusieurs?

R. —... Je ne sais pas...

D. — Vous devez le savoir; ils doivent parler de vous?

R. —... Non, je n'ai pas d'hallucination de l'ouie.

D. — Mais quand on vous prend votre pensée, qu'on vous fait aller à droite

et à gauche, qu'on vous suggère des pensées, est-ce pour se venger de vous? pour profiter de vous? hein?

R. — ... Je ne sais pas... Je sens bien qu'on me travaille...

D. — Est-ce votre père qui vous travaille?

R. —... Je ne sais pas...

D. — A-t-on essayé de vous nuire autrement?

R. — Je ne sais pas...

D. — On n'a pas essayé de vous empoisonner?

R. — Ça peut bien arriver...

D. — Vos organes sont-ils en bon état?

R. — Non; mon estomac est certainement malade.

D. — Et votre cerveau est-il en ordre?

R. — Non; c'est de quoi je me plains.

D. — Et votre moelle épinière?

R. — Je ne sais pas.

D. — Où demeurez-vous?

R. — Rue Traversière...

D. — Vous réveille-t-on la nuit?

R. — ... Oui, on fait le potin.

D. — Quel potin?

R. — ... Des choses infernales: mais est-ce un cauchemar de ma part?

D. — Vous montre-t-on des femmes nues?

R. —... Non...

D. — Vous réveille-t-on par des injures ou des moqueries?

R. —... Non...

On fait sortir le malade; son frère qui l'accompagne nous dit alors que S..., a frappé leur père avant d'entrer à la Charité-sur-Loire. En en sortant, il a été occupé chez le tailleur de la ville : il s'est fâché avec lui, puis il est revenu chez son père en province. Alors il s'est mis à faire des fugues de vingt-quatre à quarante-huit heures. Puis il vient à Paris, il ne peut garder de place. Depuis trois semaines, un mois, il suspecte son frère; il dit à son frère : « J'ai regret d'avoir été chez toi, mais chaque fois je le dirai à une personne qui ne t'estime pas. »

Le malade interrogé avoue avoir fait le geste de frapper son père et ne veut plus donner d'explications.

Les réponses sont vraiment caractéristiques, pour peu qu'on ait l'habitude des persécutés. On entrevoit qu'il y a là un délire très étendu, mais dont le malade ne dévoile qu'à grand'peine quelques lambeaux.

Mais il y a encore mieux :

Délire de persécution et de grandeur. — Réticence, dissimulation complète. — Lab... (son observation a été publiée par mon collègue Séglas, qui l'avait vu avant moi) a toujours détourné complètement les questions que je lui ai dressées sur son délire. Et pourtant c'est un persécuté avec idées de grandeur : ses persécuteurs lui en veulent parce qu'il est le premier enfant élevé dans une couveuse et aux frais de l'impératrice Eugénie; on l'a poursuivi par toute la

France. Il a été arrêté à l'Elysée, attendant le président du conseil et le ministre de la Justice avec un revolver chargé. — Il refuse de s'asseoir dans le bureau du médecin, du surveillant; et lorsqu'on insiste, il a un mouvement de mauvaise humeur; il répond d'une façon brève :

— Non, je ne veux pas m'asseoir!

Lorsqu'on lui demande les causes de son internement, il dit avoir été victime d'une erreur; qu'il a été arrêté sans avoir rien fait de répréhensible.

Il était, dit-il, porteur d'un revolver chargé et d'un couteau, mais tout citoyen est libre de porter des armes de cette sorte, et si l'on arrêtait tous les gens qui portent des revolvers!.....

Il parle toujours en attribuant ses histoires aux racontars de « on »:

— « On a dit, paraît-il, mais moi je ne sais pas! »

Il dissimule ses idées de persécution et de grandeur sous un air bon enfant.

« Je ne suis qu'un modeste ouvrier boulanger, dit-il, et je n'ai que de très petites économies. »

Lorsqu'on aborde le sujet de « la couveuse » et de l'impératrice Eugénie, il répond :

« On a peut-être dit cela, mais je n'en sais rien! Comment voulez-vous que l'impératrice s'intéresse à un pauvre diable comme moi ? »

Il ajoute qu'il attend patiemment qu'on lui rende justice et qu'on le fasse sortir, car il n'est pas à sa place parmi les fous.

18 novembre 1908. — Il prétend qu'il a passé une mauvaise nuit à cause de sa literie, qui était pleine d'urine et de m... (il n'y avait rien). Après cette réclamation, la literie a été changée.

Réactions du persécuté. — Un autre point important est la façon dont le malade réagit. Dans la première observation, Jo... fuit d'abord, puis se plaint au commissaire; une fois enfermé, il devient très violent, très agressif, et on s'aperçoit sans peine qu'il se livrerait à des voies de fait, comme tant d'autres malades de mon service de Bicêtre, qui ont même exécuté des tentatives de meurtre ou se sont livrés tout au moins à des actes illicites. Le persécuté, halluciné ou non, est *le plus ordinairement* un individu *dangereux* et que l'on ne peut le plus souvent laisser en liberté. Les *meurtres* commis par ces aliénés sont des plus fréquents, surtout quand ils arrivent à *désigner particulièrement un persécuteur*. Ils le poursuivent alors avec acharnement. Mais ce qu'il faut savoir, c'est que d'autres s'avouent vaincus ou réagissent par le *suicide*. Ainsi le sujet de l'observation suivante :

Folie de persécution systématisée avec idées et tentatives de suicide. — Deh..., ouvrier orfèvre, entré à Bicêtre à l'âge de 32 ans, le 31 juillet 1909.

Renseignements fournis par le père. — Celui-ci est syphilitique ; sa femme a fait des fausses couches; une fille très émotive, triste, neurasthénique (?); une autre normale. Né à terme, D... a marché à vingt mois, très mal, a parlé

bien seulement à trois ou quatre ans. A cinq ans, fièvre typhoïde. Pas méchant, pas vicieux, mais en retard, affectueux, jaloux, renfermé. A six ans va à l'école; il n'atteint pas au certificat, car il était peu attiré par l'étude. On note une tendance à l'isolement, à l'orgueil.

Vers quinze ans, devenu apprenti, il commence à avoir des idées de persécution. Les voisins lui en veulent, on le suit dans la rue, on parlait de lui, on voulait l'empoisonner; pour se mettre à l'abri il prenait trois omnibus pour aller à son travail. Il était triste, aimait la solitude, s'enfermait, éteignait les lumières, ne causait pas ou bien disait des choses bizarres. Il n'avait pas d'excitation, mais assez souvent, brusquement, redevenait normal (?). A dix-sept ou dix-huit ans il a tenté de se suicider. A cette époque, d'horloger il est devenu orfèvre. Il a continué à être triste, persécuté, à s'isoler, disant qu'il voulait se tuer.

Au régiment, pendant trois ans, il aurait été normal. En rentrant du service, entre à l'usine d'orfèvrerie Ch.... Les idées de persécution reprennent: son grand-père, son oncle, des voisins lui en veulent; on veut le tuer. A table, quand il y avait un reste d'un plat, il ne voulait pas le manger. Il croyait que des agents l'attendaient à la porte. Des courants électriques, des rayons Rœntgen lui font éclater le crâne, lui électrisent le cœur, lui broient la vessie. Il écrit au commissaire de police, à la Préfecture: il envoie des lettres anonymes contre son père, sa famille, ses camarades. Il a acheté plusieurs fois des revolvers avec lesquels il menaçait les ouvriers de Ch.... Sa mère et sa sœur l'enfermaient. Il a changé de métier; est entré au métro, mais en a été renvoyé depuis deux ans. Il est continuellement en butte aux voix qui le tourmentent; à table il disait: « Je ne peux pas causer à tout le monde. » Ces voix lui commandent de ne pas travailler; on veut le tuer; on veut qu'il se tue pour accuser son père de l'avoir tué. Dans le plancher il y a des trous pour faire passer les courants électriques; il ressent des secousses; il n'y aurait rien du côté du goût et de l'odorat. Il avait de vives frayeurs et une haine féroce de la police. La nuit il criait au secours, s'agitait, menaçait sa mère d'un revolver.

Août. —Aspect de débile. Réticence extrême: impossible d'avoir des renseignements précis. Il envoie une enveloppe sans lettre (mise à la poste subrepticement) à une dame X..., concierge, dans laquelle se trouve une lettre adressée à la Préfecture de police. L'enveloppe et la lettre sont renvoyées par le service des rebuts, la concierge étant inconnue à l'adresse indiquée. Voici la lettre qui est caractéristique :

« Messieur

« Comme n'ayant pas le moyen de vous écrire sur feuille de papier timbré Je veux vous faire connaître les terribles torture que me font subire les employés de la préfecture soit disant car on me nuie avec un rayon qui nui a ma santé pour ne faire mourir et que j'ai pas été prévenu de la police ni de la justice pour me tué affreusement nuit et jour. Ils ont profité que mon père mait fait enfermé et que l'on ma pas eu d'eau pendant plusieurs jours pour me chauffé affreusement qu'à l'ordinaire et je tiendrais que quelqu'un vienne pour le renseigner sur les torture continuelle que l'on me fait il m'empêche de mangé entièrement le peu que j'ai a mangé il me font faire mes besoins souvent et plus que raison.

« Il me gratte tous les quarts d'heure et il me passe souvent des rayons ardant comme un fer rougi au feu sur les endroits les plus susceptibles à la santé. C'est comme cela depuis le 15 décembre de l'année dernière.

« Je vous demande une réponse de vive voix ou écris et non pas ceux Il se serve d'un rayon pendant des nuits entière a m'en donné une crise de nerfs et dans le jour aussi

« Asile d'Aliéné Bicêtre
« 5e Division 1e section.
D....

« Il m'ont menacé de me tué de vous écrire.

7 novembre. — D... se plaint de ne plus pouvoir résister aux fluides qu'on lui envoie; ce sont des rayons X ou N, il ne sait pas au juste, mais cela le chauffe, lui comprime l'intestin et l'estomac, parfois c'est la gorge et il est obligé de boire beaucoup d'eau, afin d'empêcher la mort qui surviendrait probablement. C'est la Police ou la Justice qui le persécutent ainsi; et il se tuera pour se soustraire à ces traitements épouvantables. On lui parle à chaque instant et les voix résonnent derrière la tête. Il a écrit des lettres anonymes en 1905 pour se plaindre de ces procédés et actuellement on lui reproche d'en avoir écrit davantage.

J'observe, au moment où je corrige ces épreuves, deux femmes dont je ne donne pas les observations pour ne pas allonger ce chapitre déjà si long, l'une extrêmement hallucinée, l'autre purement interprétante, toutes deux délirantes depuis dix à douze ans, qui viennent demander au médecin de leur donner des médicaments pour combattre les persécutions somatiques de leurs ennemis. L'une a la tête brûlée par le « jet », l'autre est empoisonnée et veut être soignée. — Cette *recherche d'un appui* me paraît plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Marche de la folie systématisée. — Une autre étude importante à faire est celle de la marche de l'affection. Elle est parfois *continue*, le plus souvent *rémittente*, du moins d'une façon relative. C'est surtout dans ces moments de rémittence relative que le malade peut le mieux dissimuler. Il arrive parfois que la *rémittence soit réelle*. Cela est fort utile à connaître, car si on laisse sortir le malade, un meurtre ou le suicide peut être commis par lui à la reprise du délire. Il faut le prévoir et ne relâcher le persécuté qu'à bon escient. Voici un exemple de marche très rémittente chez un persécuté au début. On y verra aussi de nombreuses tentatives de suicide et des *crises d'anxiété réactionnelle*. J'ajoute que la systématisation ne paraît pas devoir s'installer très nette à cause de la grande débilité du malade.

Folie de persécution avec hallucinations de l'ouïe. — Réactions anxieuses, idées et tentatives de suicide. — Marche rémittente. — Débilité mentale.

Bor..., entré à Bicêtre le 13 octobre 1906, à l'âge de 35 ans, sorti le 6 novembre, rentré le 15 novembre 1906.

Antécédents. — Les renseignements fournis par la femme de B... sont très incomplets, car celle-ci est très peu intelligente. Elle est mariée à B... depuis quatre ans; une petite fille bien portante (bégaie), un enfant mort en bas âge. Pour elle, la maladie remonte au mois d'août. En réalité, la folie est antérieure, car B... s'est tiré un coup de revolver en 1905, à la suite d'ennuis (large cicatrice, dans la région précordiale). Très sobre, s'est agité beaucoup au début; il se croyait poursuivi par tout le monde. Il y aurait eu une période de sédation, puis reprise (aurait tenté de s'empoisonner?), ce qui a motivé son entrée.

On a appris ultérieurement que le père de B..., représentant de commerce, avait beaucoup bu.

16 octobre. — Le malade, qui était garçon de magasin, dit avoir entendu à diverses reprises pendant qu'il balayait sur la marquise du magasin, des voix qui le traitaient de salaud; il se retournait et ne voyait personne. Le représentant de la maison aurait répété plusieurs fois à son patron : « C'est inconcevable! c'est inconcevable! » alors que le malade passait près de lui. Ses camarades savaient ce qui se passait chez lui au sujet de ses rapports intimes avec sa femme. Dans la rue il était suivi et surveillé.

B... a l'aspect typique du débile. Politesse extrême.

2 novembre. — Depuis son entrée n'a pas présenté de nouvelles idées de persécution. Il dit en parlant des anciennes que c'est de la blague. Il est probable qu'il dissimule.

6 novembre. — Sa femme insiste pour le reprendre. Il sort.

16 novembre. — Il est revenu. Le personnel de l'épicerie s'est moqué de lui, l'a appelé sale type. Il ne sait pas pourquoi on lui fait tout ça, il travaille le mieux possible. Il a une vague idée qu'il pourrait être malade.

D. — C'est des idées que vous vous faites parce que vous avez la tête malade.

R. — Monsieur, je sais bien parce que je suis sorti trop tôt.

Le malade se lamente sur les moqueries qu'on lui a fait subir. il pleure comme un enfant. (Il est probable d'ailleurs qu'il a dû servir de plastron aux quolibets de ses camarades, car il est d'une sottise prodigieuse avec satisfaction de sa personne.)

30 novembre. — Récriminations contre un de ses chefs; il se rappelle des moqueries, des injures. Il a peur d'avoir été électrisé, d'avoir été attaqué à coups de couteau. « Il y en avait un en face chez moi qui avait un miroir pour voir tout ce que je faisais avec ma femme. »

28 février 1907. — Croit qu'il pourrait bien se faire que tout ça soit dans son imagination, mais n'en est pas certain, est plus calme, moins ému au souvenir des persécutions subies.

2 mai. — « On s'est un peu moqué de moi, c'est ce qui m'a le plus froissé » (l'air digne et offensé de B..., avec sa physionomie de débile, est tout à fait risible). Ici je crois aussi qu'on se moque de moi. Il me semble que j'ai déjà été menacé, j'ai entendu chuchoter : « Ce n'est pas lui, ce n'est pas ceci, ce n'est pas cela. » Au dortoir, les malades parlent entre eux et se moquent de moi. On dirait que je suis gêné dans tout ce que je fais. Quand je rencontre quelqu'un

dans la cour, je crois qu'il m'en veut. Quelquefois, quand je pense à quelque chose, il me semble que ce n'est pas moi qui parle : ainsi, quand je dis des gros mots, il me semble que ce n'est pas moi qui les dis. Je suis gêné d'aller aux lieux; je suis gêné, je crois toujours que quelqu'un me voit. »

Juin. — B... demande sa sortie avec insistance; il dit qu'il s'ennuie et ne sait que faire. Il répète ses doléances avec un air sot, sans qu'aucune fibre du muscle frontal ne bouge. Il tourne sa casquette entre ses mains et, toujours avec la même intonation, il dit : « Je crois qu'on parle toujours de moi et dans ma pensée il y a des mots qui arrivent et ce n'est pas moi qui les pense. Quand près de moi un mauvais plaisant fait des gestes, on dirait que c'est moi et ce n'est pas moi. On dirait qu'on m'écoute, qu'on me suit partout, et pourtant je n'ai pas fait de mal. Je n'ai jamais été habitué à dire de gros mots : maman m'a élevé à travailler, à faire la vaisselle, à coudre. Jamais je n'ai fait de mal à personne, pas même à une mouche (B... se met à pleurer comme un enfant); j'ai toujours fait du bien à mes camarades; je ne veux pas faire de la peine. Ce qui m'a le plus froissé, c'est qu'on m'a fait entendre des choses qui n'étaient pas. Je ne suis pas un gamin ! On m'a pris pour ce que je n'étais pas ! (Il se mouche en se retournant.) On a dit dans ma maison : « qu'est-ce que j'ai fait à ma femme », et j'ai toujours été correct; ils n'ont pas dit cela directement devant moi, mais je l'ai compris. »

3 juillet. — Dans la soirée, B..., qui est anxieux depuis le matin, a eu une crise de larmes, se mettant à genoux, se lamentant, disant adieu « à sa chère petite Marguerite, à ce pauvre petit bijou ». A six heures, violent désespoir. Embrasse le garçon en lui assurant qu'il ne lui en veut pas. Se précipite aux genoux du surveillant et lui demande pardon. Il geint sur un ton monotone, enfantin et niais : « Il aime bien son papa et sa petite maman, » répète-t-il entre ses sanglots.

4 juillet. — A trois heures du soir il a tenté de s'étrangler avec son foulard. L'infirmier est arrivé à temps; pourtant B... a un large sillon rouge au-devant du cou.

5 juillet. — B..., très anxieux, fait de nouveau une tentative de suicide dans la matinée; il cherche à s'étrangler avec une ficelle.

3 septembre. — Dit qu'il ne dort plus; il entend toujours des voix : « J'entends et je parle sans savoir. » Ce sont des voix d'hommes et de femmes.

« Quand je pense à quelqu'un, que je vois quelqu'un, on dirait qu'on me souffle pour leur dire des gros mots. » (Le malade se met à pleurer) « Je pense à ma femme. »

D. — Alors c'est à votre femme que vous dites des gros mots?

R. — Non. Mais quand je vois mes belles-sœurs, on dirait que j'entends des gros mots.

27 novembre. — « Monsieur le docteur, je vais bien mieux maintenant, je voudrais m'en aller.

D. — Qu'est-ce que vous aviez donc auparavant ?

R. — Pendant un temps je croyais qu'on me poursuivait, maintenant je vois que ce n'est pas vrai.

D. — Qui vous poursuivait ?

R. — Des personnes inconnues.

D. — Comment saviez-vous qu'elles vous poursuivaient?

R. — J'entendais.....

D. — Quoi ?

R. — .... Qu'on parlait de moi.

D. — On parlait de vous ?

R. — D'après moi, certainement. Mais maintenant je crois que c'est imaginaire.

D. — Pourquoi dites-vous que c'est imaginaire.

R. — Parce que je n'ai jamais fait de mal à personne, je ne vois pas pourquoi on m'en voudrait. Je vois bien que dans moi-même, c'est complètement disparu ce que je ressentais.

28 janvier 1908. — « Je m'ennuie de ne pas être dans mon petit ménage, d'aller travailler comme autrefois chez un patron. » Il n'arrive pas à expliquer pourquoi on l'a amené ici.

D. — Quand vous a-t-on dit des injures pour la dernière fois ?

R. — Je ne sais comment vous expliquer... Quand je lis, c'est reporté aux autres, et cependant moi je lis pour moi et pas pour les autres. L'autre jour j'ai lu un article du docteur Toulouse et les autres se sont formalisés.

Il sort en disant : « Je vous enverrai une petite lettre, Monsieur le docteur. »

4 mars. — B... entre en pleurant, disant qu'il voudrait que sa femme vienne le chercher. « Elle n'est pas restée longtemps jeudi, j'ai peur de rester ici tout le temps. »

20 mars. — Entre souriant et content.

« Je vais bien mieux. J'étais tourmenté l'autre jour... J'ai eu du chagrin parce que Mme B... (sa femme) n'était pas venue depuis trois semaines. Elle est venue hier, elle m'a apporté la petite photographie de ma fille. »

D. — On vous laisse tranquille ?

R. — Je dissipe tout cela maintenant. Je ne fais plus attention.... J'ai chassé tout ceci.

D. — Les malades se sont-ils moqués de vous ici?

R. — Certainement, mais je ne peux pas certifier. Je n'aime pas à me moquer des autres. J'ai été chagriné, froissé.

Il sort souriant et content.

23 avril. — Il demande sa sortie sans insister, disant que peut-être il y a eu des allusions.

12 mai. — B..., très excité et avec une attitude arrogante: « Voyons, Monsieur le docteur, comment se fait-il que Dum... (persécuté, décédé le 6 février, qui, très excité, avait de violentes conversations avec ses ennemis, contre lesquels il criait à tue-tête) me cause constamment et me dit des choses désagréables sur ma famille et sur moi. Etant chez M. Bel... (son patron) il m'ennuyait déjà, il connaissait ma pensée et la répétait, depuis le jour où j'avais par mégarde mis la main sur le fil du courant électrique chez M. Bel... Ce courant n'étant pas interrompu, il en profita pour connaître mes pensées et les détourner. Etant dehors, il me suivait partout... Enfin, il faut que cela cesse. Même lorsque je lis, il m'envoie d'autres pensées, car moi je ne lis pas des yeux, mais intérieurement, et je ne comprends pas que M. D... s'occupe de mes affaires. »

B... reste un instant tranquille, puis se tournant en colère vers un point de la salle, il crie violemment à son interlocuteur imaginaire : « Laissez-moi tranquille! Est-ce que ça vous regarde mes affaires? Pourquoi vous occupez-vous de moi, de ma femme et de ma petite fille? »

Fin 1908. — Continue à être persécuté par feu le malade Dum..., dont il entend continuellement la voix.

9 janvier. — Se plaint toujours du malade Dum... « On me rappelle invisiblement en sourdine. Ne parlez pas de M. Dum..., ni d'un nom invisible! »

A partir de ce moment à peu près, de timide et respectueux, il devient arrogant, irrité, violent même. C'est le mouton enragé.

25 mai. — Il raconte en colère que, à sa sortie du 8 novembre 1906, un monsieur l'a poursuivi dehors, que c'était M. Dum..., qui faisait avec lui des « imaginés ».

D. — Qu'est-ce que des imaginés?

R. — C'est pour prendre votre image et quand les gens vous regardent, c'est pour prendre votre physique. .....Dans son miroir il est venu prendre mon imaginé, ma photographie, si vous aimez mieux, pour l'apporter ici.

M. Dum... continue ici à m'ennuyer, etc.

B... est particulièrement intéressant à cause de son extrême débilité, de la marche si franchement *par à-coups* du délire, qui lui permet à certains moments d'avoir presque la reconnaissance de son état pathologique, l'aspect peu systématisé, mais avec du *délire rétrospectif* au bout de quatre ans, enfin les *réactions* du malade. D'abord triste, chagrin, pleurnicheur, il recouvre son équilibre, mais il a, sous nos yeux, dans le service, de véritables crises *d'anxiété intense* dans lesquelles il a cherché à se *suicider*. On remarquera qu'il a demandé pardon au surveillant: sans l'avoir exprimée plus nettement, il y a là une idée délirante *d'auto-accusation*, amenée secondairement par l'anxiété, et tout à fait analogue à celle du mélancolique. On rencontre ces *crises dites réactionnelles* encore assez fréquemment, soit sous cette forme, soit sous la forme de violentes colères, comme je l'ai montré particulièrement chez Fay... (p. 30). Dans la première forme de crise, en l'absence de renseignements, si on voyait le malade pour la première fois, il serait très épineux de porter un diagnostic.

Pour en revenir à Bor..., il devient avec le temps de plus en plus agressif et violent, il se révolte à la fin. Je ne sais jusqu'à quelle violence pourrait se laisser emporter ce timide. J'insiste sur la faible systématisation du délire, qui me paraît devoir être mise en rapport avec la *sottise* du malade, au parler enfantin, prétendant à la bonne éducation et ne s'expliquant pas les persécutions de ses camarades. Au fond, les délires systématisés aboutissent par *transitions insensibles* à des délires très peu ou pas systématisés. De même aussi ces formes à marche rémittente aboutissent à des formes vraiment intermittentes. Les accès peuvent être tellement

espacés qu'on les considère ordinairement non comme une *forme intermittente*, mais comme des *récidives*. Le mot importe peu, pourvu que l'on sache qu'un accès se présente rarement seul dans la vie d'un malade, d'autant plus que celui-ci est toujours un anormal, comme le montre bien l'histoire pathologique suivante :

Accès espacés de folie de persécution avec hallucinations de l'ouïe. — Tentatives de suicide. — Caractère permanent du persécuté. — Lig..., employé de commerce, entré à Bicêtre à l'âge de 42 ans, le 19 février 1906.

Renseignements fournis par le père (bien portant, très âgé). — Le frère du grand-père paternel aurait eu des troubles mentaux. Le frère aîné du malade a eu des convulsions.

Le malade a pissé au lit jusqu'à quatre ans. Il a été refusé une première fois au baccalauréat ès lettres, car il perd la tête aux examens (comme le père lui-même). Bonne instruction. A voyagé en Angleterre et en Amérique, parle l'anglais couramment. Employé dans la maison de vins en gros de son père, est très sobre, ne prend jamais de liqueurs et est très sage au point de vue sexuel (célibataire). Il parle souvent la nuit en rêvant. Il travaille beaucoup, vise aux grandes affaires et a eu de nombreux ennuis. Il digérerait mal et aurait eu à plusieurs reprises des troubles gastriques caractérisés, pour lesquels on le mettait au régime lacté; il aurait eu à une de ces périodes de troubles gastriques de la difficulté à uriner (?).

Il a toujours été soupçonneux; il était « fouinard »; lorsque par exemple la bonne parlait à son père pour le menu des repas, il se demandait toujours si on ne parlait pas de lui. Son intelligence est toujours aussi vive, et il travaille aussi bien qu'autrefois. Il a déjà eu deux accès de folie des persécutions. En 1897 premier accès. Au début il se plaignait de l'estomac, puis des gens qui le persécutaient. Il entendait des voix, paraît-il, des injures; il disait : Voilà des gens qui viennent me chercher. Ni violences ni tentatives de suicide; mais une nuit il a été coucher à l'hôtel. Au bout de huit jours, il reprit sa vie normale.

En décembre 1901 et janvier 1902, nouvel accès. Il a été violent et a voulu aussi se suicider; il s'est jeté à la Seine. Il s'était aussi plaint de troubles gastriques au début. Il a été placé alors à Bicêtre.

17 février 1906. — Aspect normal et intelligent. Le malade raconte que depuis quelque temps il ne se sentait pas bien, il avait de la fatigue cérébrale. C'est pour cette fatigue cérébrale, et aussi pour échapper aux vociférations des habitants de son quartier, qu'il a été trouver un médecin, lequel l'a envoyé à Sainte-Anne. Depuis qu'il est ici, tout a cessé. Mais chez lui il ne dormait pas. Le tramway électrique Bastille-Montparnasse ayant créé une nouvelle halte en face de son domicile, la corne du tramway était un signal à son adresse. Il distinguait des propos dans le son de la corne ; les voyageurs, les passants causaient de lui, cela l'exaspérait et l'empêchait de dormir. Quand il sortait, des gens l'interpellaient, causaient de lui. Ce sont des gens mystérieux. Il ne sait pas au juste pourquoi on s'occupe ainsi de lui et de ses affaires.

Il croit aussi qu'on a dû lui mettre un narcotique dans ses aliments, car quand il voulait dormir une demi-heure, il dormait deux heures d'un sommeil lourd;

il a été hypnotisé ou électrisé par un voisin. Enfin, la nuit, il sentait qu'on lui introduisait de la raclure d'ongles dans le rectum. Tout ce qu'il dit, tout ce qu'il fait est répété le soir même à haute voix dans le quartier, même ses communications téléphoniques. Pressé de dire la cause de tout cela, il finit par dire que c'était probablement le résultat d'un pari fait par sa belle-mère, que dans quatre ans il serait renfermé ou marié. Il ne donne aucune autre explication.

Toutes les réponses sont faites par L... d'un air ennuyé, d'un ton sec. A la fin, l'interrogatoire le lasse visiblement et il lit une adresse sur la table.

2 mars. — Commence à soupçonner l'inanité de ses idées de persécution. Il se plaint de mal dormir, mais il nie avoir entendu quoi que ce soit ici. Il demande du sulfonal pour la nuit. Quelques préoccupations hypocondriaques.

17 mars. — Se rend compte qu'il a raconté des bêtises. Il dit qu'il est un névropathe, toujours soupçonneux, se fatiguant facilement (travail cérébral, coït); mais l'esprit toujours préoccupé de ses affaires. Il avait eu de multiples occupations à propos d'une application industrielle de la caséïne. Il se rappelle très bien ses deux accès antérieurs tout à fait analogues au présent.

20 mars. — Sort du service, revenu à son état habituel.

Il semble bien que ce soit là des bouffées de délire de persécution avec quelques idées hypocondriaques et hallucinations, survenant chez un individu dont la *tournure d'esprit* est celle d'un *persécuté latent*, soupçonnant toujours qu'on s'occupe de lui. Ce *caractère permanent*, avec toutes les nuances individuelles, se trouve chez tous les persécutés avant même l'éclosion du délire, comme l'avait remarqué J. Falret. Cela montre bien que dans cette folie les idées délirantes *montrent* en *exagération* la tournure d'esprit du malade. Il y avait là une très grande difficulté de pronostic. L'aspect du malade ne permettait nullement de faire le diagnostic de folie des persécutions aiguë; ce n'est qu'après avoir su qu'il avait présenté deux accès antérieurs que j'ai espéré que c'en était un troisième. Mais je crois impossible d'affirmer qu'à la quatrième fois il ne pourrait rester définitivement persécuté. Je reparlerai de ces folies aiguës plus loin.

Arrêt de la marche du délire par l'internement. — Parmi les persécutés il en est qui, une fois internés, font rentrer dans leur système délirant de nouvelles idées puisées à l'asile même. Mais chez un certain nombre l'internement amène sinon une guérison, du moins un arrêt dans la marche du délire. Cette influence du changement est bien connue et on cite toujours l'exemple du persécuté qui, injurié en France, n'entend plus ses persécuteurs une fois enfui en Angleterre. Mais il arrive souvent que le changement n'amène qu'une sédation momentanée et la marche du délire reprend. Dans le cas de Dor..., celui-ci, depuis trois ans qu'il est à

Bicêtre, n'a que des persécutions anciennes, celles d'avant son entrée; il n'en a pas ajouté d'autres.

Folie de persécution avec hallucinations arrêtée (mais non guérie) par l'internement. Appoint alcoolique probable. — Débilité mentale.

Dor... Ch., cuisinier, entré à Bicêtre le 25 janvier 1907, à l'âge de 42 ans.

Pas de renseignements sur les antécédents, sauf qu'il a déjà été interné à Bicêtre, en 1902, pour des idées de persécution qui avaient été les mêmes qu'aujourd'hui, d'après un infirmier qui l'avait vu à Sainte-Anne à cette époque. Lorsqu'il en est ressorti, il est probable qu'il n'était pas complètement guéri, si j'en crois les explications données dans une lettre du malade que je reproduirai plus bas.

26 janvier. — Le malade a la physionomie plutôt d'un débile. En dehors de cela, rien de particulier à noter; il n'a pas de signes physiques d'alcoolisme malgré sa profession. Il raconte qu'en 1901 sa sœur l'avait déjà intoxiqué avec des poisons dans le manger et le boire, car il avait une odeur métallique dans la bouche; dans le linge ainsi que dans ses chaussures sa sœur mettait une certaine mixture. — En sortant la première fois de Bicêtre il est retourné la voir, croyant qu'elle s'était amendée, mais cette fois-ci on l'a intoxiqué par un gaz lancé dans sa chambre à travers des trous de quelques millimètres, percés dans la cloison. Ça sentait fort et le suffoquait. « J'ai vu les trous, dit-il, comme la vapeur sortait chaque fois que le vaporisateur marchait; j'entendais comme si c'était une ampoule qui se brisait. » Cela se passa en dernier lieu dans la nuit du 22 janvier. « Un garçon marchand de vin et un officier, mes voisins, payés par ma sœur, ajoute-t-il, en ont fait autant; j'ai senti ma colonne vertébrale refroidie; j'ai eu la main qui marchait toute seule; ils ne m'ont jamais prévenu. »

Sa femme l'avait abandonné le 5 janvier. On a tenté aussi d'empoisonner son petit garçon avec des images; on sentait la paralysie dans les muscles du ventre de l'enfant.

Depuis un certain temps, il dormait mal; il nie tout abus d'alcool actuel, mais il avoue avoir bu du vin et de l'absinthe en 1896. Il attribue l'insomnie à ce que son cerveau était travaillé par les poisons.

Le 23, il a été se plaindre au commissaire de police. Si le commissaire avait fait une perquisition, ils n'auraient pas eu le temps de déménager la machine électrique. Ce commissaire l'a envoyé au Dépôt.

18 mars. — Il envoie une lettre au Procureur de la République où il raconte exactement les mêmes faits et accuse sa sœur d'avoir, de complicité avec différentes personnes qu'il nomme, essayé de l'empoisonner depuis longtemps.

Il nie formellement avoir été de nouveau en butte aux persécutions de sa sœur depuis son entrée à l'asile où il est à l'abri.

3 juin. — Toujours exactement les mêmes idées, sans changement sur les tentatives antérieures à son entrée.

3 janvier 1908. — Conserve les mêmes idées. « Ici, je suis tranquille, dit D..., parce qu'ils ne sont pas assez audacieux. On ferait mon autopsie ici. »

14 janvier 1908. — D... raconte que le début des tentatives remonte à 1898: son beau-frère a empoisonné, pour en hériter, son frère, sa belle-sœur et un neveu, aidé par un médecin, le docteur C..., fils d'un magistrat; pour ne pas

être dénoncé, son beau-frère, avec sa femme, a essayé d'empoisonner D... à plusieurs reprises. Une sorte de revalescière qu'on lui avait donnée avait un goût métallique; le vin de Touraine était amer; des mouchoirs qu'on lui avait donnés et sur lesquels il avait constaté des taches, lui donnaient mal à la tête quand il s'essuyait le front avec eux. On lui avait aussi donné des gilets de flanelle qui lui causaient des douleurs; il en a fait brûler un; la flamme avait une couleur particulière indiquant la présence de métaux; des chaussures, dont sa sœur lui avait fait aussi cadeau, avaient déterminé des douleurs dans la jambe droite. On l'excitait au moyen d'aphrodisiaques; il y avait du sang dans ses urines (dépôt rouge adhérent au vase). Il affirme qu'ici il ne ressent absolument rien. « Il faudrait être fou pour raconter des choses pareilles. »

17 janvier. — L'amie du malade vient réclamer la sortie. Elle affirme la réalité de la plupart des faits allégués par le malade, entre autres celui-ci: l'enfant sautillait étrangement sous l'influence de la flanelle dont la combustion avait donné une flamme pourpre, violette. Elle assure qu'elle n'est pas folle. En réalité, c'est une débile qui fait de la folie à deux.

Le malade écrit de nombreuses lettres aux autorités pour réclamer sa sortie.

1908, 1909. — Même état. Voici une lettre qui donnera bien l'idée de la débilité du malade.

« Le 1er mai 1909.

« Monsieur le docteur,

« Je me vois dans l'obligation d'adopter la tactique qui m'a si bien réussie à sortir de ces hantres à degenerécences morale et phisique.

« A Sainte-Anne et à Bicêtre en 1902 je fus obligé de mentir de me recuser pour en sortir à monsieur Magnan ainsi qu'à monsieur Ferré je leur ais dis que cétais l'absinthe qui avait joué un rôle nefaste dans mon organisme. A vous je dirais, que ma pseudo-persécution ma été occasionné par les emanations nocives de mon poële felé sur toutes les coutures au mauvais tirage de la cheminée.

« On sait que l'acide carbonique quand elle vous intoxique par dose relativement faible et continue occasionne des trouble de la vue.

« Que les perforations, les bruits de machine électrique mise en mouvement nétait dus qu'a une fausse perception de mes sens et qu'aujourd'hui je vois les graves erreures que jai commises. Voila le plan que j'adopte auprès de vous, essayez de men faire sortir peine perdue de votre part.

« Jusquici jai eut de la patience j'avais attribué votre mauvais vouloir à une phase déprimante que subit les savants, les artistes, les médecins, qui ont beaucoup trop travailler.

« Il est vraiement temps monsieur que vous pensiez à moi.

« En même temps je m'en vais écrire à ma fameuse sœur la priant de me pardonnez mes erreurs, les accusations abominables que jai porter contre elle.

« Vous voyez que pour le besoin de la cause je retourne casaque faites en faire autant à un fou de son idée fixe celui-ci ne voudra jamais sans départir.

« Cette lettre met au pieds du mur tout ceux qui ont intérêt à me tenir sequestré illégalement.

« Je vous salue respectueusement.

CH. D.

Quand j'ai quitté le service le 1er janvier 1910, D... émettait exactement les mêmes idées délirantes et exclusivement rétrospectives.

Folie communiquée (1).— Parmi les particularités des folies systématisées une des plus intéressantes est de pouvoir se communiquer à l'entourage dans *certaines conditions* et dans *certaines limites*. Les principales de ces conditions sont *l'intimité étroite* (conjoints ou parents) et la *débilité mentale* de celui ou ceux soumis à la contagion. Dans l'exemple suivant « l'inducteur » est vraisemblablement la femme, le mari est « l'induit », et, par cascade, la sœur de ce dernier n'est pas loin de croire à la réalité des persécutions subies par son frère, mais elle ne délire pas encore pour son compte. On remarquera que dans cette observation les folies de la femme et du mari sont un peu relatées ensemble, qu'elles se ressemblent fort, sans être identiques (le mari même pense que sa femme est folle), mais il paraît bien que celle de la femme est plus complète, plus ancienne (naturellement) et plus étendue que celle du mari.

Folie de persécution avec hallucinations de l'ouïe, en partie communiquée de la femme au mari. — Ber... H., comptable, entré à Bicêtre le 26 mai 1909, à l'âge de 50 ans.

Le 27 mai 1909. — Renseignements donnés par sa femme et sa sœur.

« Mon mari a été injurié pendant quelques semaines, dit la femme. On ne savait pas d'où ces insultes venaient; il a écrit au Procureur de la République pour lui dire que s'il ne faisait pas arrêter de telles choses il se suiciderait. »

D. — Qui est-ce qui l'injuriait ?

R. — Ce sont des personnes occultes. Ces insultes ne s'adressaient pas en face à mon mari. On l'insultait aussi dans la rue, et moi je l'ai entendu chez moi. Je l'ai entendu; on l'a appelé maquereau; il y a deux ans il a été chez un bookmaker et au moment des poursuites contre les courses on l'a inculpé dans la bande et on a mis les gens employés chez les bookmakers en observation. Les gens du café du rez-de-chaussée l'insultaient aussi, bonne et patronne. Nous ne sommes jamais allés demander pourquoi on l'insultait ainsi. Il y a cinq à six semaines que cela a débuté. On avait dit quelques paroles, puis ça s'est exagéré; on n'a jamais essayé de me nuire ni à lui non plus.

D. — C'est bien mystérieux !

R. — Les choses occultes sont toujours mystérieuses.

(1) Voir l'article de G. Dumas indiqué p. 282 en note, et un article plus récent : Les contagions entre aliénés, *Journal de Psychologie norm. et path.*, nov.— déc. 1911, n° 6, p. 481. — J'ai observé à Bicêtre que certains aliénés déteignaient les uns sur les autres. Charpentier avait remarqué que de vieux déments finissaient par se ressembler. — Il y aurait beaucoup à dire sur cette question, ainsi que sur l'observation de Ber...

Sa sœur raconte que le malade lui écrivait qu'il entendait « à jet continu » l'insulte de maquereau. Elle croit à la réalité de ces insultes.

Ces deux femmes sont assez réticentes malgré tout et la sœur a le masque de la débile. La femme a l'air décidé.

28 mai 1909. — Le malade a dit au surveillant qu'il croit deviner le motif de son internement; il aurait écrit au Procureur général : « Si vous ne faites pas cesser ces injures qui portent atteinte à ma liberté individuelle, à mon honneur de citoyen, je me ferai justice moi-même, en envoyant cinq balles aux malandrins qui m'injurient, et la sixième sera pour moi ! »

Ces dernières phrases soulignées au crayon rouge.

D'autre part, il dit que son frère, avec lequel il est en mauvais termes, ne serait peut-être pas étranger aux manœuvres occultes qu'il subit depuis deux ans.

Le 29. — B... a le masque du débile typique. Il parle avec facilité et abondance. Il raconte qu'il entend des voix dans l'hospice : les malades, les infirmiers, ses ennemis, il les entend derrière la porte. Il ne va pas y voir. — Sur ma demande il rédige son histoire qui doit m'être remise le lendemain.

29 mai :

RAPPORT

« Monsieur le Docteur,

« Les persécutions dont je suis victime remontent à 1906. Je fus contraint à cette époque, par les nécessités de la vie, à faire le triste métier de commis de bookmaker. Dès cette époque je fus surveillé et au lieu de m'arrêter, on préféra me faire insulter. Au 24 du quai de X..., où je demeurais dans la 3e cour, je fus injurié par des chauffeurs et le cocher de monsieur R.... Ce dernier, dont la chambre était contiguë à la mienne, m'empêcha de dormir pendant sept mois, d'octobre à mai, sa femme et lui faisaient un vacarme épouvantable dans leur chambre et nous empêchaient de dormir. Les injures se mêlaient au chahut. Nous ne répondions rien. Le propriétaire, las de ce boucan, nous donna congé. On avait fait le vide absolu autour de nous, nous ne parlions plus à personne, car tout le monde nous injuriait. Cet état de choses dura deux ans (1906-1907). En 1908, nous partîmes à Rennes. J'avais complètement cessé ce métier qui ne nous rapportait que des ennuis de toutes sortes. Nous revînmes à Paris en octobre 1908 et je commençai à étudier la comptabilité à l'école Pigier, 23, rue de Turenne. Nous habitions 30, rue de X... La Sûreté recommença ses tracasseries d'antan, il n'y avait pourtant plus de raison, puisque j'étais rentré dans le droit commun. On excita contre moi les élèves de l'École et les locataires ou voisins de la rue X.... Il nous fut dès lors impossible de continuer à parler comme par le passé. Sur ces entrefaites, vers le 1er mai, les élèves de l'école, pendant la récréation de 4 heures, crièrent le mot « maquereau » plusieurs fois chacun dans la cour. Je pris mes affaires et je n'y revins plus.

« A la maison, j'avais prononcé contre le gouvernement certaines paroles, aigri que j'étais par les souffrances du quai de X... Alors, il y a deux mois, le concierge, les locataires, la bonne et la patronne du café attenant à

ma demeure se mirent à crier ce même mot précipité tous les jours. La patronne et la bonne du café notamment me le criaient chacune 4 ou 500 fois par jour, avec d'autres injures. D'autres individus dans le café les répétaient à certaines heures, de 11 heures 1/2 à 1 heure 1/2, de 6 heures à 7 heures et de 8 heures à 11 heures. Étaient-ce des habitués du café ou des agents de la Sûreté ? je ne saurais l'affirmer. On me traitait aussi de cagot et de calotin ; dimanche dernier, l'un d'eux dit : « C'est un maquereau catholique. » Dans le dernier mois, quand je sortais dans la rue, j'étais suivi par des individus qui criaient derrière moi, à 30 ou 40 mètres, toujours la même injure. Ces suiveurs m'accompagnaient pendant toutes mes promenades, il m'était impossible de leur échapper.

« J'avais écrit plusieurs lettres à Monsieur le Procureur Général et une à Monsieur le Président du Conseil. Rien n'y fit. Lundi dernier, je reçus une convocation pour le commissariat S... G... J'y allai mardi à 10 heures 1/2 et fus suivi par mes crieurs habituels.

« Pendant l'attente au commissariat, les injures se reproduisirent dans la cour de la maison où est le commissariat. Le secrétaire du commissaire me dit qu'il allait faire cesser cela, mais que ma présence à la Préfecture était nécessaire, que Monsieur le Préfet de police était prévenu. On me fit monter en voiture avec un gardien de la paix et un attaché du commissaire. Arrivé au dépôt, on fit de lourdes plaisanteries sur mes plaintes; à mon grand étonnement on me fouilla et on me mit dans une cellule. Je ne m'attendais certainement pas à cela.

« Pendant mon séjour au Dépôt, de midi à 6 heures, j'entendis derrière ma cellule les mêmes injures que partout ailleurs. A 3 heures 1/2, on m'introduisit dans une salle, devant un aréopage de médecins et d'internes, où je racontai mon cas.

« Vers six heures, on ouvrit ma cellule et je me croyais rendu à la liberté. On me fit monter dans une voiture cellulaire reservée aux aliénés, on me conduisit à Sainte-Anne. Dès mon arrivée, je fus accueilli par des cris répétés de maquereau qui se reproduisirent invariablement au réfectoire, au dortoir, dans les cours, partout en un mot. Je restai à Sainte-Anne du mardi à 6 heures du soir jusqu'au mercredi à 2 heures. On me transféra alors à Bicêtre. Lors de mon arrivée chez les aliénés, je fus reçu par les mêmes cris et depuis que je suis ici, j'entends partout où je vais et où je suis les cris de maquereau, apache, bandit, fainéant. Je fais semblant de ne pas comprendre et je ne réponds rien aux injures.

« Vous m'avez vu, Monsieur le Docteur, et vous avez pu juger de ma mentalité et de la liaison certaine de mes idées. Vous avez permis en conséquence à ma femme et à ma sœur de m'emmener, sous condition du consentement de la Préfecture de police. Je vous serais très reconnaissant, Monsieur le Docteur, si vous pouviez faire abréger en ma faveur les formalités administratives, pour me rendre le plus tôt possible à la liberté et parler à Monsieur le Préfet pour faire cesser cette surveillance et ces injures. J'attends d'être libre pour quitter mon logement, ma sœur attend également ma mise en liberté pour reprendre avec moi le chemin de Saint-X.....

« Daignez agréer, Monsieur le Docteur, en même temps que mes remercie-

ments et ceux de ma sœur et de ma femme, l'assurance de mon entier dévouement et de mon éternelle reconnaissance.

« Henri B..

« N° 26, salle Féré.

« P. S. — Je prendrai la liberté de vous faire remarquer, Monsieur le Docteur, qu'arrêté arbitrairement et sans motif valable, je subis l'incarcération depuis mardi à midi, ce qui fait déjà quatre jours.

« 28 mai 1909. »

Le 1er juin:

D. — Vous entendez encore?

R. — Oh! oui, du reste, vous le savez aussi bien que moi. On ne s'adresse pas à moi, mais je comprends.

D. — Quand personne ne parle, est-ce que vous entendez?

R. — Oui, derrière le Dépôt, derrière la cellule on m'appelle maquereau.

D. — Comment expliquez-vous que même ici vous êtes insulté de cette façon?

R. — Je n'en sais rien; le résultat est là; ce qu'il y a de sûr, c'est je ne suis pas fou. Je considère mon arrestation comme arbitraire. J'ai commis une faute en écrivant au Procureur: « J'achèterai un revolver, je tirerai sur trois ou quatre malandrins et la cinquième balle sera pour moi ». Depuis que je suis ici, il n'y a pas de noms que je n'aie entendus.

D. — Quelles sont les personnes qui vous ont insulté?

R. — Des aliénés; des agents de la Sûreté, un qui couche dans le dortoir, quand je suis au dortoir. Il y en a dans la cour qui disent: Ah! B..!

D. — Comment se fait-il que des gens que vous ne connaissez pas vous insultent?

R. — C'est par ordre de la Préfecture.

D. — Quand votre femme est venue vous voir, a-t-elle entendu quelque chose?

R. — Elle ne m'en a pas parlé. Je ne suis pas fou. Je ne suis pas comme celui qui vient de sortir d'ici. Mais vous, monsieur (il se tourne vers le surveillant), vous avez bien entendu! Ce qui me navre, c'est que je ne suis pas fou; il y a bien des fous qui ne savent pas qu'ils le sont. Mais je ne suis pas comme ça.

Le malade s'est lié à l'hospice avec Che.. qui est P. G.

2 juin. — Le malade reçoit une lettre de sa femme l'engageant à la dissimulation et montrant bien qu'elle partage les idées de son mari.

« Paris, 1er juin 1909.

« Mon cher Henri,

« Ton 1er rapport et la cause que l'on te retient et il faut absolument dire au docteur que tu avais eu cette idée de persécutions mais quand réalité elle n'avait jamais existé et qu'elle n'existe plus (surtout ne parle plus à personne

dans l'asile) parle autre choses, dire Docteur je n'ai jamais était insulté, ce son des idées que je m'étais fait et qui sont aujourd'hui complètement disparue je ne vous demande qu'une chose Docteur me renvoyer dans mon foyer pour pouvoir continuer mon travail, mon chéri j'ai dis au Docteur il avait cette idée 1re maintenant il ne l'a plus et n'entend plus rien. C'est le seule moyens d'obtenir ta sortie et en réalité on ne t'as jamais insulté je t'en supplie chéri suis mon conseil il faut surmonté surtout pas un mot qui puisse blessé. Aujourd'hui lundi j'ai travaillé jusqu'à 10 h. chez M. Ma..., demande à manger au Docteur il faut avoir une grande force de caractère pour brasé (?) ses peine mon ange.

« Je te dis bonsoir en t'embrassant de tout cœur bien à toi pour l'éternité suis mes conseils et non ceux des autres.

« Ta femme qui t'aime et t'adore

« Marie B..

surtout ne parle plus plce dans ton rapport ni de persécutions ni de ton arrestation ta pensée et la mienne. C'est tout.

« Cela n'avance à rien à te faire du chagrin encore de la patience. »

5 juin. — Le malade reçoit une lettre de sa sœur qui montre que celle-ci croit à la réalité des insultes adressées à son frère.

« Saint-X......, le 4 juin 09.

« Mon cher Henri,

« Je fais, pour toi, toutes les choses nécessaires, je n'ai plus un seul instant de repos, qui d'ailleurs n'existe plus pour moi.

« J'ai écrit à M. T..., on ne peut avoir d'audience avec lui. J'attends sa réponse qui ne doit pas tarder ; car il était absent, quand j'ai porté la lettre. J'ai causé 3/4 d'heure avec Mme F. Hi.. qui a pris des notes et les transmettra à qui de droit.

« J'ai écrit à M. D... pour lui demander une audience. J'ai porté moi-même la lettre dans sa boîte, hier.

« Je reviens de la mairie où l'on m'a dit de demander un bulletin sanitaire à M. le Directeur de Bicêtre, et de revenir ensuite. Dis que tu n'entends plus rien, c'est la seule chose qui puisse être favorable à ta sortie.

« Si ces moyens n'agissent pas, je parlerai à d'autres personnes. Je suis descendue à la gare de Strasbourg et j'ai demandé la gare du Nord qui n'est pas loin. Tu ne verras plus ta femme, du moins pour le moment. Elle a pleuré devant le médecin et c'est lui qui l'empêche de te voir. Dis au médecin que tu n'entends plus rien, et demande-lui la permission de voir ta femme, car tu la désirerais. Je suis revenue à 6 heures 1/2, après avoir pris un petit pain, quelques galettes et un verre de café; je n'en avais pas pris depuis cinq jours. L'estomac est fermé pour le moment.

« M. L... appuiera mes demandes, verbalement et non par écrit, près des personnes citées plus haut. Il a corrigé ma lettre à M. T... N'aie aucune crainte, je ne cesserai de faire tout le possible et même l'impossible.

« Toutes les fêtes me trouvent presqu'indifférente. Si tu ne peux m'écrire, mets quelques mots dans la lettre de ta femme qui me les enverra.

« Je t'envoie des timbres tâche d'en tirer profit pour toi, je t'espère en bonne santé et t'embrasse de tout cœur,

« Ta sœur,

« L. B.

« D'après Mme H... tu devrais être calomnié.

« D'après Mme H... le médecin met en bas, pour remonter ensuite. Ne parle pas de cela à personne dis bien que tu n'entends rien. Cela te sera favorable et répète-le toujours.

« M. L..., directeur de la maison X..., dit de te désintéresser de tout ce que tu entends. Fais le content et dis surtout que tu n'entend jamais rien. J'agirai de tous côtés. Je te répète ces choses, car elles sont capitales pour toi et activeront ta sortie. »

5 juin 1909. — D'aprèsce qu'il raconte, le malade aurait plutôt des illusions ou des interprétations que des hallucinations, car, lorque le silence est complet, il n'entendrait rien.

Ici, il ne fut jamais nommé ; mais il se doute bien que les injures sont pour lui. Il cherche l'origine et la cause du martyre qu'il endure. Il semble commencer à bâtir un système en passant rétrospectivement au crible tous les faits qui auraient pu donner lieu à « une vengeance occulte ».

10 juin 1909. — X... raconte que vers 1906, 1907, le cocher de M. R..., 24, quai de X..., l'a injurié pendant six mois, particulièrement de 9 heures à minuit.

En insistant, le malade finit par dire que c'est sa femme qui la première a entendu les injures et les lui a fait remarquer.

20 juin. — Conversation avec Mme Ber...

R. — Il y a un agent de la Sûreté ici (Bicêtre) pour le torturer moralement. Et moi-même, il y a deux ans que je suis victime des mêmes procédés.

D. — Vous êtes sûre, madame, qu'il y a à Bicêtre un agent de la Sûreté qui s'occupe de votre mari?

R. — Oui, j'en suis sûre, le conseiller municipal me l'a dit.

D. — Il y a donc deux ans que vous croyez qu'on s'occupe de vous?

R. — Oui.

26 juin 1909. — Le malade, se conformant aux recommandations de sa femme, prétend ne plus rien entendre.

Mais lorqu'on insiste, il se met à rire, et dit :

« En somme, ils ne s'adressent pas particulièrement à moi, bien que je sache que leurs injures sont à mon adresse, mais si je dis que je les entends encore, je ne sortirai jamais ! »

1er juillet 1909. — Mme B... dit être sous la surveillance de la Police depuis vingt-deux ans. Ce serait à l'instigation de son père, marié trois fois, qu'elle aurait subi des « influences occultes », au moyen d'appareils spéciaux de transmission de pensée.

Le maire de F... (?), M. M..., serait mêlé à cette affaire. Il aurait avoué avoir comploté contre Mme B..., (alors demoiselle) à la demande de son père. Depuis qu'elle est mariée, on aurait continué contre son mari les procédés dont on faisait usage contre elle. Les patrons de Mme B..., sont édifiés sur ces moyens honteux.

C'est elle qui, la première, fit remarquer à son mari les injures qu'on lui

adressait. Elle a, dit-elle, l'intention de poursuivre M. N..., devant les tribunaux, afin d'obtenir « main levée » de ces choses inqualifiables, etc., etc.

2 juillet. — Lettre de Mme B... au président du tribunal envoyée comme brouillon à son mari.

« A Monsieur le Président du Tribunal civil,

« Mon mari ce rend à une convocation le 25 mai dernier au commissariat S... G..., à peine arrivé on l'enlève arbitrairement pour le conduire à l'asile de Bicêtre.

« M. le Président j'ai été renier par mon père lors de son 3e mariage que N..., en sa qualité de maire de la chapelle des X..., Ille et Vilaine a porté contre moi actuellement 19 rue B.., X..., pour me remettre entre les mains de la police.

« Depuis 22 ans M. le Président je subis une surveillance occulte, la Sûreté viole et fait violé la liberté individuelle sur moi, et sur mon mari depuis notre mariage 29 avril 19.. Mairie du N^e^, en ce dérobant derrière les patrons, et les voisins, ses appareils ne causant que division partout, et nous porte préjudice pour gagner notre vie depuis notre mariage la sûreté n'a cesser de nous faire insulté principalement mon mari, en ce dérobant derrière ses malheureux écervelé, au quai de X...., M. L..., rue de X... marchand de vin concierge, clients le tout d'un commun accord. A Bicêtre, les mêmes faits sont renouveler cet abus de pouvoir administratif suit la voie hiérachique depuis 1887 pour moi, et depuis notre mariage pour mon mari. C'est acte n'ayant pas étais déclaré à mon mari a notre mariage mon mari c'est trouver prie dans l'engrenage comme moi sans le savoir, je change de domicile je vais demandé une réhabilitation je voue serais très reconnaissante M. le Président du tribunal civil de me rendre mon mari qui est bon doux et paisible. De votre volonté mettre fin cet abus de pouvoir administratif qui nous a porter préjudice pour gagner notre vie. Dans l'attente de sa libération sa sœur se joint à moi pour vous exprimer toute notre reconnaissance.

« Signé : Madame B...,

« 51 Boulevard X... »

4 juillet. — Lettre adressée à sa femme par le malade :

« Bicêtre, 4 juillet 1909.

« Ma très chère Marie,

« J'avais eu une peine infinie pour faire ma lettre au Président du Conseil, je l'avais laissée ouverte pour que tu la voies et non pour que tu la corriges.

« D'ailleurs c'est d'un très mauvais effet de faire cela devant des étrangers.

« Ma lettre aurait produit plus d'effet que toutes les tiennes. On a refusé en haut lieu de croire ce que tu disais, on ne le croira pas davantage ailleurs tu retardes ma libération, au lieu de l'avancer.

« Egalement quand tu te mets en colère chez le concierge, tu t'adresses à des gens comme les infirmiers, qui n'en peuvent pas plus que nous! Note

bien aussi qu'après ton départ, on peut m'insulter encore davantage, tu ne réfléchis pas assez à tout cela, la colère n'avance à rien.

« Tu ne sais pas tout ce que j'ai souffert depuis 40 jours de détention, sans compter ce que j'avais souffert rue X... et quai de X...

« A l'église Notre Dame des Blancs Manteaux où j'étais entré, un agent entre derrière moi et crie : « Maqu.... » tout haut.

« Au dépot mêmes injures à chaque minute.

« Au commissariat idem.

« Et partout la même chose.

« Mais ici ce fut bien pis, surtout les 15 premiers jours. Quand je me plaignais aux chefs, j'avais l'air de passer pour un fou, et cependant mon nom fut prononcé en cour et ailleurs des milliers de fois, mais leur lâcheté est si grande, que tout en faisant leurs saletés, ils ne veulent pas en convenir. La nuit l'agent installé dans le dortoir et que je t'ai montré m'injuriait et empêchait les aliénés de dormir, ce qui le lendemain les rendait furieux après moi. Les infirmiers, le personnel, tout le monde disait « Macchabée, maca, maq.....cocu » entendre cela partout où on va, tu ne sais pas ce que c'est.

« Si j'allais à la bibliothèque, le quartier des épileptiques, près duquel tu passes en venant me voir, hurlait contre moi les mêmes injures, pendant que de l'autre côté un agent m'injuriait en criant sous les fenêtres de la cour.

« Et pendant que l'agent du dortoir accomplissait cette triste besogne, d'autres, dans la cour contiguë aux Colonnes, se livraient au même sport, c'est-à-dire m'injuriaient.

« A tous, j'ai opposé la sérénité du martyr, d'un homme victime d'une bande de lâches, de goujats et d'assassins. J'ai répondu par le silence, ces misérables et ces fainéants avaient beau jeu avec moi.

« Je te dévoile ces choses, mais ne dis rien, tu me ferais insulter davantage.

« Tu me parles d'examen, mais malade comme je suis j'aurais besoin de repos et je me coucherais en arrivant chez nous.

« Combien de temps encore suis-je destiné à jouer le rôle de victime? seuls, ceux qui nous poursuivent avec tant d'acharnement et de lâcheté pourraient le dire.

« Toutes tes lettres ne serviront à rien, j'ai refait celle du Président et l'ai envoyée.

« Je ne puis, malgré tout, que t'exhorter au calme, si tu te mets en colère, tu retardes au lieu d'avancer, je l'ai compris dès le premier jour et me suis tu. Que faire d'ailleurs contre tant d'ennemis?

« Les visiteurs, sur ordre, me disaient les mêmes injures, et jeudi, pendant que je parlais, l'agent de la cour criait derrière moi en simulant la folie : « L'Allemagne, l'Allemagne, guerre à outrance! guerre à outrance! » C'est à moi que ces paroles s'adressaient. Je ne puis me rappeler de tout ce qu'on m'a dit, c'est tellement honteux, que ce traitement barbare et inhumain confond la pensée humaine, aussi ne veulent-ils pas en convenir et si tu leur en parlais, ils diraient que nous sommes fous tous deux.

« Je t'espère, malgré tout, en bonne santé, ne saurait trop te recommander le calme et t'embrasse de toutes les forces vives de mon âme. Ton mari qui t'adore et pense toujours à toi.

« Henri »

« Ne parle pas aux chefs de cette lettre envoyée en cachette, tu te ferais supprimer les visites et m'insulter davantage.

« Deux agents dans la cour, dont l'un ne dit jamais rien. Font semblant d'être fous, mais ne le sont pas. L'autre crie « Carne, coigne, fainéant » ou « Vengeance, vengeance, cabale, cabale. » Parle si vite que ne peux comprendre toutes les injures qu'il débite. Dans le lit je mets mes couvertures sur mes oreilles pour ne rien entendre. »

16 juillet. — Le malade raconte qu'au quai de X..., on avait renvoyé les personnes qui l'avaient insulté, « je suis allé me plaindre au commissaire de police, qui m'a gardé trois heures. Il m'a dit : « Si on vous insulte, changez de logement. »

D — Qu'est-ce qu'on vous disait?

Il ne répond pas directement et ajoute :

R — Pauvreté n'est pas vice; si j'avais travaillé quand j'étais jeune, je ne serais pas arrivé où je suis tombé.

. . . .

Quelques jours avant mon arrestation on est allé (ma sœur et ma femme) chez le commissaire de police; elles lui ont dit : « On insulte mon mari, il se plaint, on l'enferme; combien de temps cela durera-t-il? » Le commisaire a répondu : « Nous allons faire cesser ça. »

D. — Pourquoi s'occupe-t-on de vous?

R. — Parce que j'ai été chez un bookmaker.

D. — Mais votre femme est inquiétée depuis longtemps; elle vous a persuadé de ça et ce n'est pas possible.

R. — Ma femme a la manie épistolaire. J'ai dû détruire des lettres.

D. — Votre femme vous a mis dans la tête des idées fausses.

R. — Monsieur, je vous parle seulement des choses qui se sont passées depuis mon mariage, mais ce qu'il y a de certain, c'est que le commissaire m'a dit : « Nous ferons cesser ça. » Il fallait donc que ça existe!

D. — Le commissaire n'a fait qu'entrer dans vos vues.

R. — Alors je n'ai plus rien à dire. Depuis que je suis ici, je n'ai fait aucun acte de fou.

D. — Votre femme ne doit pas être commode?

R. — Oh! non, elle m'a donné un coup de couteau. Au début je ne la croyais pas; mais à force de vivre avec elle!

D. — Quand vous êtes-vous marié?

R. — En 1902.

D. — Elle vous a parlé tout de suite de tout cela?

R. — Elle m'en parlait à mots couverts. Mais bientôt, dès que mon mariage a été fait, j'ai eu une vie impossible. Elle me disait que M. N..., maire et notaire, avait voulu aller avec elle, et comme elle n'avait pas accepté, ce monsieur aurait persuadé le père de ma femme de la placer sous la surveillance de la préfecture.

D. — Comment s'est-elle aperçue qu'elle était placée sous la surveillance de la préfecture?

R. — Elle ne pouvait rester dans aucune place. Cette surveillance a commencé en 1887, à l'âge de 17 ans. Je n'ai pas cru ce qui s'était passé avant mon

mariage. Je ne voudrais pas qu'on s'en servît contre elle, je préfère être ici que de la voir à ma place.

D. — A-t-elle fait des plaintes avant votre mariage?

R. — Non, mais l'an dernier elle avait menacé M. N... de le tuer; ce monsieur m'a amené à la préfecture, je lui montre le coup de couteau qu'elle m'avait donné, quand je ne la croyais pas, et à ce moment il a été question de la faire enfermer. Mais au dernier moment une femme est une femme. J'ai eu des battements de cœur et je n'ai pas accepté.

D. — A ce moment vous pensiez que votre femme n'était pas normale?

R. — Oh! je ne l'avais jamais cru.

D. — Comment les agents de police la surveillaient-ils?

R. — Ils allaient parler aux patrons et on tournait tout le monde contre elle.

D. — Entendait-elle des injures?

R. — Quelquefois.

D. — Et la nuit?

R. — Elle dormait tranquille.

D. — Et les voisins étaient-ils de la police et contre elle?

R. — Quand un voisin la regardait de travers, elle supposait que c'était la police.

D. — Elle n'a pas pensé qu'on voulait l'empoisonner ou l'électriser?

R. — Non, jamais.

D. — Est-ce qu'elle entendait des injures dans sa chambre?

R. — Non.

D. — Mais son affaire n'a aucun rapport avec la vôtre?

R. — Non. Non, mais je suis tout à fait sûr de ce que je dis. C'est parce que j'étais bookmaker qu'on m'en veut. J'en ai parlé à un agent que je connais et il m'a dit qu'on en avait fait autant à deux autres employés.

D. — Est-ce que c'est votre femme qui a entendu la première les insultes qu'on vous disait ?

R. — Non. Nous les avons entendues simultanément. Le cocher de M. R... m'a aussi insulté. Il passait son temps vers 9 heures le soir à dire que j'étais idiot. Ça a duré pendant six mois, un fou ordinaire ne vous donnerait pas de nom, moi je vous le donne. Ce ne sont pas les noms d'un malade connu, dirait Horace.

Dans tout ce que j'ai dit ou fait je n'ai pas donné de signe d'aliénation. Quand je suis allé trouver le Procureur de la République et que je lui ai raconté ce que m'avait dit le commissaire de police, il m'a répondu : « Déménagez ». Ce n'est pas une solution.

D. — Vous avez souvent changé de logement?

R. — Je suis allé à Rennes, pour passer la deuxième partie du baccalauréat. pour faire ma licence de lettres, mais j'ai été refusé.

D. — A Rennes on vous a ennuyé?

R. — Oh! non, on ne m'a rien dit.

D. — Et à votre femme?

R. — Elle avait moins d'ennuis qu'à Paris, mais elle en avait encore.

D. — Qu'est-ce qu'on lui faisait à Rennes?

R. — Pas grand'chose. J'étais obligé de la quitter quand elle parlait de ses affaires.

D. — Savait-on que vous étiez bookmaker?

R. — Oh! non.

D. — Et après?

R. — Je suis revenu à Paris rue de X...., où la patronne et la bonne du café m'ont insulté. On disait mon nom : B.... à mots couverts, mais les injures ne m'étaient pas adressées personnellement. Mais je savais bien que c'était pour moi : « Cagot, jésuite, calotin, maquereau ».

D. — Et des phrases d'insulte?

R. — « Un fou... Oh! il a une tête de veau ». Ce qu'il y a de sûr c'est que le commissaire de police a dit : « Nous ferons cesser cela. »

D. — Et votre sœur?

R. — Elle croit que ma femme a le cerveau fêlé.

D. — On n'a jamais insulté votre sœur?

R. — Oh! non. Il n'y a que moi et ma femme et encore je ne vous parle que depuis mon mariage. Un fou ne vous parlerait que par réticences et moi vous dis tout en grande franchise.

D. — A l'école vous avez travaillé?

R. — J'étais très fort en lettres, j'ai eu le prix d'honneur au lycée XXX. En mathématiques j'étais nul.

D. — Vous avez été malade.

R. — J'ai eu des ganglions. J'ai été soigné à Berck. J'ai été réformé parce que je n'avais pas le diamètre de poitrine.

D. — Votre femme n'a pas fait de fausses couches?

R. — Non.

D. — Vous avez eu la vérole?

R. — Non. J'ai eu la chaudepisse.

D'une lettre que B. m'a écrite sur sa vie antérieure, il ressort que lauréat de latin en plusieurs collèges et lycées de Paris, il n'a pas pu passer son baccalauréat (probablement à cause des sciences?); maître d'études en différentes institutions, il a fait ensuite un peu tous les métiers pour finir par celui de bookmaker et enfin d'apprenti comptable. A l'École Pigier les cris de maquereau à son adresse poussés par les élèves l'obligèrent à quitter l'école. — Il proteste en terminant contre sa séquestration arbitraire, veut faire marcher des journalistes et des députés en sa faveur.

Type spécial de persécution avec prédominance des hallucinations psycho-motrices. — Voici maintenant une observation de persécutée où il y a prédominance d'hallucinations psychiques et psycho-motrices. Séglas a décrit des cas de ce genre, mais avec une évolution systématique. Ils constituent ce qu'on appelle le *délire de possession*, lorsque les ennemis sont censés résider dans le malade; ordinairement il y a en même temps *délire religieux* et *possession diabolique*. J'en rappellerai un exemple plus loin.

Folie de persécution avec hallucinations psychomotrices. — « Folie de la ménopause ».

Élise Ma..., cuisinière, âgée de 48 ans.

Examinée à la consultation.

29 octobre 1910. — (Arrive en pleurant et se lamente.)

D. — Qu'est-ce qui vous amène ici?

R. — J'ai été magnétisée par mes maîtres; mais je ne sais si c'est par spiritisme. Ils me parlent et je leur réponds.

D. — Comment leur parlez-vous?

R. — Tout bas, en esprit; je les entends dans ma tête, dans mon esprit, dans mon être moi-même et leurs voix me fatiguent beaucoup. Mes lèvres remuent un peu quand ils me causaient. Je reconnais leurs voix, c'est toujours les mêmes, monsieur et madame, monsieur est le fils de madame. Je distingue la voix de monsieur et madame; j'entends tousser.

Ce n'est pas tout près, mais je les entends tout de même; je leur cause même dans mon pays, en Alsace. Ce soir je voulais dormir, mais ils m'ont causé; ce matin je sentais un petit filet sur le front et je leur ai parlé.

D. — Que leur dites-vous?

R. — Je l'ai là, écrit. Ce sont des Alsaciens, ils me parlent allemand; je l'ai écrit en allemand; ils me disent tout ce que je pense et répètent avec moi; je ne peux pas supporter cela; aussi je leur dis les pires injures, tout haut. Et ils entendent.

D. — Comment leur transmettez-vous cela?

R. — Je veux être seule dans mon esprit. Ils veulent me faire agir à droite et à gauche. Ils me font rire, pleurer, prier. Le jeune homme a plus d'influence sur moi; ils me faisaient faire des choses quand ils venaient à la cuisine; ils me faisaient croiser mes mains. Ils me disaient quelque chose dans les yeux. C'est curieux, mais je suis lasse. Une fois je restais sans parler, étant chez mon amie; à sa rentrée je me suis mise à crier. Je ne sais pas pourquoi ils me chinent comme cela; je leur ai dit des sottises quand j'étais encore en place; ils avaient dit que j'étais folle; le monsieur s'était mis devant moi en clignant des yeux et il a pris de l'influence; depuis ce temps-là il me tient..... Ils me brouillaient mon compte; j'allais à l'église prier un peu pour me remettre. Puis rentrée à la maison, j'étais obligée de causer tout le temps, et ils me disent que je suis une « cochonne ».

D. — Y a-t-il d'autres personnes qui vous parlent?

R. — Il n'y a absolument que monsieur et madame qui me tourmentent; ils habitent 9, rue de G... (M. T...). Lui n'est pas si fort en esprit, car il connaît moins l'allemand. La première fois, monsieur venait souvent à la cuisine et disait quelques paroles et j'étais obligée de répondre en tournant la tête; ils m'ont fait rire et pleurer, dire le chapelet; ce matin mon chapelet était noué et il était dénoué ensuite tout seul, sans que je le touche. Ça a commencé (je les ai ai quittés le 7 octobre), le 19 octobre de l'année dernière 1909. Ils ont tout regardé et dit : Vous avez pris du savon, du vin.

..... Je suis allée voir des prêtres en Alsace et à Paris, à Notre-Dame. Ils m'ont dit : Ça passera; priez.

..... Ils m'ont dit : si tu dis notre secret, il faudra mourir. Ils ne veulent pas qu'on le dise. Mais je voudrais qu'on m'hypnotise pour me débarrasser... Je ne suis coupable de rien et ils veulent me punir avec cela. Je me renseigne partout et on m'a dit c'est du spirite, de l'hypnotisme. Mais eux ne m'ont jamais rien dit; c'est un secret. Un soir j'en avais assez et je suis partie en laissant

mes affaires; le valet de chambre me disait de rester; mais je suis allée chez une amie, 25, quai B..., dormir. Je suis allée les voir encore, il y a une semaine; je les menace tout le temps en esprit; c'est moins pénible, moins fatigant qu'avant. Mais c'est continuel.

D. — Revenez nous voir mercredi; on verra ce qu'on peut faire pour vous.

R. — Mais vous ne leur ferez pas de mal? Vous ne les ferez pas aller aux travaux forcés?

Elle commence à être mal réglée; elle est à la ménopause.

2 novembre. 1910 — Couchée chez une amie, le mari de celle-ci rentre à dix heures; la malade, couchée, non endormie, en voyant l'homme entrer, a poussé un cri :

« C'est le diable qui veut m'emporter. »

« Mes lèvres marchent tout le temps; elle m'a dit encore cette nuit : « C'est « en son nom que je te tourmente ». Je n'ai qu'à me tenir comme cela et je cause avec eux. (La malade se tient droite et fait mine d'écouter). Ce que je pense en pensée, je suis obligée de le dire. »

J'ai appris depuis que sous les idées de persécution il y a des idées érotiques très intenses.

Je n'ai vu cette malade que très passagèrement et ne sais comment se terminera cette folie. Il faut remarquer la coïncidence de la ménopause : c'est à des cas de ce genre, qui peuvent être sans hallucinations psycho-motrices, avec ou sans hallucinations auditives, mais toujours avec des *idées érotiques* très marquées, qu'on attribue parfois le nom de *folie de la ménopause.* On pourrait aussi, à la Balzac, les nommer *la folie de la femme de quarante ans.* — Il est possible que la suppression des règles soit pour quelque chose dans le développement de la folie et il arrive parfois que le délire rétrocède au bout d'un certain temps avec le rétablissement de l'équilibre physiologique.

Folie de persécution chez le vieillard. — On peut, comme à tous les âges, rencontrer chez les vieillards des folies de persécution qui se comportent plus ou moins comme chez l'adulte. On admet même l'existence d'une folie à évolution systématique, mais à évolution raccourcie, condensée, comme pour rattraper le temps perdu.

Dans l'observation suivante on remarquera le peu d'affaiblissement intellectuel, pour autant qu'on peut s'en rendre compte, chez un vieil Italien peu instruit, mais surtout l'interprétation délirante de phénomènes somatiques pathologiques réels. Ce n'est pas dans la règle, c'est une singularité, mais qui est à rapprocher des délires de persécution chez les tabétiques où les phénomènes sensitifs du tabes sont interprétés comme des persécutions (p. 456). Doit-on

rattacher ces cas à la démence sénile ou à la démence artérielle, à l'involution présénile? Il est difficile de l'affirmer dans beaucoup de cas où il y a chronicité sans démence fort longtemps; dans d'autres la terminaison par la démence sénile peut faire admettre une certaine relation entre eux, avec réserve pourtant, car le mécanisme ordinaire des idées de persécution dans la démence sénile n'est pas celui de la folie de persécution (voir Démence sénile, p. 460). Enfin il y a des cas qui guérissent. Quoi qu'il en soit, voici le cas :

D'Am..., journalier, entré à Bicêtre le 16 janvier 1907, à l'âge de 64 ans.

Renseignements fournis par un ami :

Depuis cinq ans ne peut uriner. On l'a sondé sans trouver d'urines dans sa vessie. A toujours été violent avec idées bizarres. N'a jamais bu.

Depuis deux mois il veut tuer son voisin qui, dit-il, lui a pris sa physique. Il veut le poursuivre, avec une arme, marteau, couteau. Il veut étrangler sa femme qui veut l'en empêcher.

A eu deux enfants : l'un mort tuberculeux à 20 ans, l'autre est mort à un an. A eu une sœur qui battait ses parents.

Il a déserté à 24 ans de l'armée italienne. C'est pour cela qu'il est en France.

18 janvier 1907 :

D. — Bonjour, monsieur. Comment ça va?

R. — Bien.

D. — C'est-à-dire?

R. — Toujours la même chose; j'ai toujours de la difficulté à uriner et à aller à la selle; pour le reste je ne me sens pas malade.

D. — Depuis combien temps?

R. — Depuis un mois.

D. — A quoi attribuez-vous cette maladie?

R. — Je crois que c'est mon voisin qui m'a donné cette maladie.

D. — Comment?

R. — La nuit il grattait à la porte.

D. — Comment?

R. — Avec l'électricité.

D. — Il s'occupe beaucoup d'électricité?

R. — Il est cordonnier; mais il s'occupe beaucoup de physique; il ne le dit pas. Comme les gens qui sont dans les foires, il peut faire passer les sous d'une poche à l'autre.

D. — Pourquoi cherche-t-il à vous faire du mal?

R. — Je ne sais, je lui ai demandé, il m'a répondu que ce n'était pas lui; il le cache. C'est pourquoi je me suis plaint au commissaire qui m'a envoyé ici.

D. — A-t-il cherché à prendre votre pensée?

R. — Non, non.

D. — Quel âge avez-vous?

R. — 64 ans.

D. — En quelle année sommes-nous?
R. — 1907.
D. — Quel mois?
R. — Janvier.
D. — Quel jour?
R. — Le 13, dimanche. (Tout cela est exact).
D. — Où êtes-vous ici?
R. — Je ne sais pas.
D. — Et pourquoi êtes-vous venu ici?
R. — On m'a envoyé.
D. — De quel pays êtes-vous?
R. — De la province de Naples.
D. — En quelle année êtes-vous né?
R. — En 1842.
D. — Dormez-vous bien la nuit?
R. — Pas beaucoup.
D. — Pourquoi?
R. — Je n'ai pas sommeil.
D — Rêvez-vous beaucoup?
R. — Non, pas beaucoup.
D. — Voyez-vous des bêtes?
R. — Non; ça non.
D. — Quel métier?
R. — Journalier.
D. — Buviez-vous beaucoup?
R. — Non, pas du tout.
D. — Quel apéritif?
R. — Rien. du vin et de l'eau.
D. — Combien?
R. — Un demi-litre par jour.

Signes physiques. Cercle sénile. Pas de tremblements des mains. Cœur normal; artères un peu dures.

Vieille prostate qui provoque les troubles urinaires.

21 janvier 1907.

D. — Ce cordonnier grattait à la porte? Il travaillait par la physique, pourquoi?

R. — C'est pour l'urinage.
D. — Qui?
R. — C'est le cordonnier.

Se plaint de ne pas avoir vu le commissaire; on laisse les assassins se défendre. Il est malin celui-là, monter, descendre dans l'escalier!

D. — Il ne parlait pas?

R. — Il grattait à la porte; je me levais et ne voyais personne; c'était la physique; je me levais exprès. Je me sentais serré, très serré; je ne pouvais pas uriner; c'était encore quelque chose de pas naturel. Sa femme venait à ma porte chanter devant ma porte. Vous regardez sur les fêtes, il y en a qui font la physique.

D. — Pourquoi fait-il de la physique?

R. — Pour me faire de la misère.

D. — Ici vous fait-on de la physique?

R. — Depuis que je suis ici, je ne vais pas à la selle.

D. — Vous fait-on de la physique?

R. — Je ne veux pas savoir; je ne vais pas à la selle.

25 janvier 1907. — « On me fera mourir; je ne peux plus manger. Je n'ai pas été aux cabinets depuis 18 jours ».

25 février 1907. — « Quelque chose me serre la poitrine; je suis fatigué de vivre; j'aurais dû être tué au commencement ».

D. — Vous fait-on de la physique ici ?

R. — Je ne sais pas, monsieur, je ne sais pas. Il me semble, il y a des jours que ça va bien et des jours que ça va mal. Il y a des jours où j'urine et d'autres où je n'urine pas. Il y a quelque chose là-dessous dans la maison.

(Il se masturbe souvent).

15 mars 1907. — Le malade dit uriner mieux; sa voisine doit laisser « sa physique » tranquille. Un jour, cette voisine l'envoya à Brest, et malgré l'éloignement elle l'empêchait de pisser. — C'est une sorte de sorcière qui a trois chats châtrés et des cartes postales où il y a l'empereur d'Allemagne, une grosse femme enceinte de deux enfants et une autre également très grosse avec un petit cadenas sur le ventre. Il aurait tué cette méchante voisine depuis longtemps s'il n'avait craint d'être arrêté.

29 mai 1907. — Envoyé à la consultation de chirurgie pour la rétention d'urine qu'il dit avoir. Pas d'intervention possible. Vieille prostate.

Folies systématisées mixtes de persécution. — Voici maintenant des cas mixtes, mais toujours à prédominance de persécution. Si jusqu'ici j'ai parlé de la folie à évolution systématique et des autres folies de persécution, en y comprenant les idées de grandeur, c'est que *l'idée de grandeur fait presque partie de l'idée de persécution.* Mais les autres idées peuvent aussi apparaître en relation avec la persécution. Pour le dire tout de suite il y a des folies de persécution à évolution systématique où le fond est de la persécution religieuse. Je crois en avoir vu un cas, celui de Lem..., que j'ai déjà cité (p. 169.) Sauf que les persécuteurs sont des diables, les défenseurs des anges et l'idée de grandeur mystique, l'évolution est la même, avec cette particularité qu'il y a aussi de vraies hallucinations visuelles, comme je l'ai déjà dit. Voici un autre exemple un peu différent où la systématisation n'est pas aussi brillante que chez Lem..., à cause de la débilité extrême du malade, mais qui nous montre un cas mixte de folie systématique de persécution et de grandeur avec idées mystiques surajoutées à un certain moment, accompagnées d'hallucinations visuelles très nettes.

Folie de persécution et de grandeur mystique avec hallucinations visuelles chez un débile (1).

Ver... N. est actuellement âgé de 25 ans, il est entré à Bicêtre le 29 janvier 1907, après avoir fait plusieurs métiers.

Son oncle, dès son entrée, nous fournit les renseignements suivants :

Son père, typographe, est mort à 53 ans ; il n'était pas buveur.

Sa mère, très nerveuse, a eu des attaques de nerfs. Son grand-père, peu sobre, était bien portant.

L'oncle, pendant la conversation, donne lui-même l'impression d'être un débile.

V... nous a raconté sa vie. Il est resté à l'école jusqu'à 15 ans ; il n'a pas eu son certificat d'études ; il s'est engagé comme groom chez la duchesse d'A.... Il a fait ensuite d'autres places ; dans chacune il reste peu de temps, car « on lui faisait perdre son ouvrage en sous-main ».

Dispensé de deux ans de service comme aîné de sept, il fait un an et subit 55 punitions pour des motifs légers. Il est quelque temps domestique chez un vétérinaire, et au mois de novembre 1906, il est arrêté pour délit de filouterie d'aliments, écroué à la Santé. On commet un expert sur le rapport duquel on l'amène de la prison à l'Asile.

D'après sa sœur, la maladie serait apparue brusquement aux environs de Pâques 1906. Il quitte son travail après des altercations avec des camarades.

Il se livre à des excentricités en se lavant la tête au pétrole, il attire l'attention sur lui en se plaignant au commissaire que des femmes le poursuivent qui veulent l'épouser. Il change de restaurant, car on veut l'empoisonner.

Quant à lui, il interprète différemment le début de sa maladie et dit qu'on l'a rendu fou brusquement en faisant brûler du soufre et en lui envoyant des décharges électriques. C'était l'œuvre des messieurs et dames rétribués à cet effet.

Tout nous porte à croire cependant que l'état morbide remonte beaucoup plus loin. Les renseignements de police portent en effet que V... avait déjà commis des filouteries d'aliments à trois reprises différentes et que ses allures avaient attiré sur lui l'attention des pouvoirs publics. Il nous a expliqué ces filouteries en disant que la duchesse d'A... l'empêchant de gagner sa vie, il avait faim et qu'il se faisait servir à manger sans argent.

A son entrée, le 29 janvier 1907, V... se présente correctement, sa tenue est excellente, sa démarche est normale, son attitude est réservée. Il observe les règles élémentaires de politesse, sa physionomie est un peu méfiante, il semble se tenir sur ses gardes. Il n'est néanmoins nullement réticent et l'interrogatoire est aisé.

Ce qui frappe au premier abord, c'est la débilité mentale de V.... Nous en parlons immédiatement pour ne plus y revenir. Il a le masque presque immobile et sans rides du débile, il parle en ouvrant largement la bouche, son discours est fait de phrases telles que celles-ci : « J'ai le très grand honneur ; des messieurs et des dames rétribués à cet effet ; il m'est impossible dans cet état de choses, etc., etc. »

Les écrits, dont il est prodigue dès le premier jour de son entrée, sont rédigés

(1) Chaslin et André Collin, Délire de persécution et de grandeur mystique avec hallucinations visuelles chez un débile. *Annales méd.-psycho.*, juillet-août 1909.

au début d'une façon ordinaire. Puis, rapidement, ils sont disposés d'une façon spéciale :

« M. le comte G. de H.
« Madame la duchesse d'A.
« Cette
« dame
« aurait alloué
« une
« somme de 50 000 frs
« à
« Chacun de ces
« messieurs de la police. »

Le contenu même de son délire est si niais que dans un premier certificat on a fait des réserves sur la simulation possible.

Notons enfin qu'il n'a retenu que fort peu de choses de son court passage à l'école. Son instruction primaire est très minime, et si la lecture et l'écriture sont suffisantes, le calcul élémentaire à peu près satisfaisant, il ignore complètement qu'il y a quatre grands fleuves en France, il ne sait pas le nom des capitales d'Europe et n'a que de bien imprécis souvenirs des grands faits historiques, etc.

L'examen somatique nous montre quelques stigmates de dégénérescence, tels que le décollement des oreilles, la largeur du diamètre bipariétal, l'obliquité marquée (non traumatique) du nez à droite.

Cependant, son état général est parfait, il mange bien et dort bien, les fonctions de tous les organes se font parfaitement.

V..., à son entrée, nous a avoué sans aucune réticence les différentes persécutions dont il avait à se plaindre. Tant par la lecture de ses nombreux écrits que par la conversation reprise différentes fois dans les premiers mois, nous avons pu reconstituer chez lui un roman très net, bien qu'absurde, de persécution.

V... a été et est toujours parfaitement orienté dans le temps et dans l'espace. Il n'est nullement étonné d'être à Bicêtre et explique cela simplement par le fait qu'il est l'objet d'une vengeance de la part de la duchesse d'A... qui l'a fait enfermer et le fait maintenir. Il spécifie nettement le nom de cette principale persécutrice. Mais les griefs qu'il a contre elle ne sont pas très précis. Il sait qu'elle est très riche et dépense 45 000 francs par jour pour entretenir sa police, qu'elle a fait placer une dynamo et un carburateur sous la prison de la Santé et que ces appareils, qui envoient des étincelles, sont mis en mouvement par trois hommes et deux femmes rétribués à cet effet.

Des dames nombreuses dirigées par les dames d'A..., S..., C... et R... s'emploient à lui faire perdre ses places, de connivence avec le commissaire de police, qui tolère ainsi leurs agissements et ferme les yeux sur les menées coupables des francs-maçons.

Cependant, trois de ces messieurs appartenant à la police secrète israélite sont constamment présents et le préviennent de ce qui doit arriver ou, tout au moins, notent les principaux faits pour pouvoir témoigner en justice.

Si l'on cherche à faire préciser ce point, et à savoir s'il peut compter là sur de véritables défenseurs, il répond : « Je ne crois pas, ils sont payés en sous main par madame d'A... ».

D. — Y a-t-il cependant des personnes pour vous ?

R. — Les personnes qui sont pour moi appartiennent à la police israélite, mais je ne peux rien affirmer dans cet état de choses. J'entends ces messieurs par l'usage de l'ouïe et je converse avec eux par la pensée.

Qu'entend-il exactement par l'usage de l'ouïe? Il a été extrêmement difficile d'obtenir des réponses précises sur ce point. Après de nombreuses tentatives, on parvient enfin à savoir qu'il a des hallucinations de l'ouïe réelles. Il entend la voix de personnes qu'il ne voit pas et qui sont plutôt un peu pour lui, et notamment la voix d'une dame S... « Je l'entends causer de n'importe où je me trouve. » Il a rédigé les propos tenus par cette dame. Il est par elle injurié de la pire façon, elle le berne. Il semble croire absolument à son existence de par l'évidence des propos malsonnants qu'il perçoit : « On fera brûler de l'opium pour te rendre fou, ou du soufre pour te dessécher, pour te faire crever plus vite, andouille ». Et son interlocutrice vit réellement auprès de lui, car, de peur qu'il ne perçoive tous les propos, cette dame cause à voix basse et malgré cela il peut encore entendre : « Il faut que t'en attrapes pour cinq ans, andouille ». En outre, Mme S., tout en l'injuriant de la sorte, le renseigne; il a appris par elle que d'autres personnes sont déjà devenues folles par ce procédé et que les carburateurs qu'elle sait manier feront des victimes tantôt dans un quartier tantôt dans un autre.

De plus, en termes fort grossiers, cette dame S. le menace de lui donner des érections nocturnes. C'est la première personne qui, semble-t-il, lui ait donné des préoccupations génitales, par ses paroles, ses menaces ou ses promesses. Ces préoccupations génitales deviennent peu à peu fréquentes chez lui; il en parle à différentes reprises, elles revêtent un caractère plutôt désagréable. Mais ici son récit reste toujours très imprécis. On ne peut savoir si les dames dont « on l'oblige à humecter fortement le postérieur » lui apparaissent ou manifestent leur présence à sa seule pensée.

Toujours est-il qu'il se plaint d'elles à différentes reprises et encore tout récemment, le 29 janvier 1909, il est venu à la visite se plaindre de ce que de nombreux lumbagos dans les testicules lui avaient été envoyés par ces dames.

Et c'est alors à cette date que nous avons pu constater pour la première fois de graves préoccupations hypocondriaques chez V... et l'emploi de néologismes.

« Je suis atteint de nombreux lumbagos dans les testicules ».

D. — Précisez.

R. — Ce sont des espèces de boules de chair.

D. — Depuis quand?

R. — Depuis plusieurs jours; il me faut une opération.

D. — Mais je ne vois rien.

R. — Elles vous sont invisibles, elles m'ont été envoyées par les dames du sexe Nicabout.

D. — Avez-vous vu ces dames ?

R. — Non, mais je suis au courant par la transmission de pensée.

D. — Qu'entendez-vous par sexe Nicabout ?

R. — C'est une femme qui ne porte aucun sexe. Elles sont détenteurs de testicules, mais je ne peux pas dire comment elles sont faites. Je sais que c'est pour abuser de ma nature.

Ces dames m'ont fait humecter leur postérieur et leur matrice à l'aide de l'hypnotisme.

Il est impossible de lui faire avouer qu'il voit ces dames.

A différentes reprises nous avons constaté diverscs hallucinations autres que celles de l'ouïe. Les plus précises sont les hallucinations de la sensibilité générale. Il se plaint fréquemment d'être roué de coups à l'aide d'une barre de fer. Il se déclare couvert d'ecchymoses, de contusions, et quand on lui fait constater qu'il n'y a rien, il répond que ce sont des coups internes qui ne peuvent pas se voir.

On a introduit dans ses aliments de l'arsenic et de l'aloès. M. dc K... et Mme de A... sont compromis, ainsi que le surveillant qui facilite « cet acte odieux » ; et le poison, avec lequel il n'en a pas pour longtemps à vivre, lui a occasionné un vomissement. Il a vu un liquide gluant et blanchâtre sortir de son estomac, mais il n'est que probable qu'il a eu des illusions du goût. Pas d'illusions de l'odorat.

Ce roman s'est peu à peu complété sous nos yeux. Mais le 4 décembre 1908 une addition tout à fait nouvelle a eu lieu.

V... pour la première fois se tient immobile dans la cour, les mains jointes, en regardant fixement le clocher de l'église.

D. — Que faitcs-vous ?

R. — Je fais une courte prière pour me permettre de me défendre contre ceux qui m'en veulent. C'est une prière courte : Notre père et Vierge, je vous implore.

D. — Seriez-vous appelé à une haute destinée ?

R. — Je suis appelé à occuper la place que Bruno Bonaparte occupait. Je serai nommé par des guerres successives. J'ai grade de général. Je suis capable de combattre contre beaucoup de ces messieurs, j'ai des idées qui me sont venues de Dieu, je suis Dieu. J'ai une tactique spéciale. J'ai fait des inventions de machines de guerre, je suis le plus intelligent sans parti pris, je suis touché du sublime. Quant je fais ma prière une lumière m'apparaît devant les yeux, se pose sur mon front directement, je vois une vision spéciale.

D. — Pourriez-vous la dessiner ?

(Il exécute sur le papier un ovale informe long de 6 centimètres.)

D. — La prière que vous dites a-t-elle un pouvoir spécial ?

R. — Oui, monsieur, j'ai été élevé chez les frères et je suis peu dévot, mais une révélation m'a obstrué la cervelle. Les dames payées m'ont nui dès le berceau (c'est la première fois qu'apparaît le délire rétrospectif).

D. — Comment cela ?

R. — Elles connaissaient déjà mon avenir, pour me nuire.

11 décembre 1908. — Il nous apprend que peu de temps auparavant (sans datc précise) au moment où il s'endormait, il a vu un ange tout en or de 3m,50. « Comme je vous vois, à travers les tabatières, il est passé dehors, je ne l'ai vu que passer. Cet ange prenait la direction du ciel. C'est bien un ange qui m'est apparu ».

D. — Vous a-t-il parlé ?

R. — Non. Une personne qui n'est pas inspirée ne peut se rendre compte, c'est bien devant les yeux. J'ai vu aussi Bonaparte sur le mur comme une statue devant mes yeux, il cachait le mur, il était doré, c'était durant mon sommeil.

C'est bien là réellement un fait nouveau dans son histoire qui donne un nouvel essor à tout son délire.

Nous avons dit plus haut que le 29 janvier 1909, V... avait accusé des idées hypocondriaques et avait employé des néologismes pour la première fois.

Depuis cette époque aussi son allure a changé. Il a abandonné ses façons polies, il est agressif et a été une fois un peu menaçant. Son délire s'étend; tout le monde est compromis, il sait que l'interne du service est aussi suspect que ses persécuteurs de la première heure; un de ses voisins a voulu l'empoisonner aussi, des prêtres ventrus le sodomisent, des agences clandestines sont compromises, il frappe facilement les autres malades, et toutes les femmes qui entrent dans la section lui sont aussi suspectes. Il n'écrit plus.

8 avril 1909. — Il est un peu plus calme; on en profite pour l'interroger de nouveau.

D. — Ces dames vous laissent-elles tranquille?

R. — Tout cela se passe à l'aide d'une puissance occulte.

D. — Et le diable?

R. — Il ne m'a jamais tenté.

D. — Vous avez vu des anges?

R. — Oui, j'ai vu un ange, comme je l'ai dit plusieurs fois...... C'est moi qui dois faire le bon Dieu plus tard; le diable n'a aucun pouvoir sur moi. Je serai crucifié à Jérusalem; je ressusciterai roi après ma mort.

D. — Qui êtes-vous actuellement?

R. — L'empereur (il rit). C'est le pouvoir sublime qui me fait vivre. On fait de moi ce qu'on veut, je ne suis plus maître de ma volonté.... Les Juifs sont contre moi. Je fais l'empereur et je me battrai contre les Allemands, les Cosaques.

D. — Voyez-vous toujours les anges?

R. — Non, pas en ce moment. (Il se met à rire niaisement). Je vous demande pardon de vous manquer de respect, mais chaque fois que je viens ici, je suis porté à rire.

D. — Mais comment et quand avez-vous ces visions?

R. — Cette vision ne m'est apparue qu'une fois. Je suis au courant de ces choses par ces messieurs de la police secrète.....

D. — Que serez-vous?

R. — Je ne serai pas Dieu, mais fils de Dieu, son représentant sur terre. Jésus-Christ n'est pas Dieu, mais son représentant. Je ne suis pas Dieu. Je n'ai pas créé le monde; il existait déjà avant 1882.

D. — Quand vous serez crucifié, vous mourrez?

R. — Oui, je tomberai comme évanoui, on m'enterrera..... je fais les campagnes d'Italie, d'Allemagne, ensuite je meurs, je ressuscite, je dois tenir une place à la droite de Dieu. (Il rit). On me porte à rire.... Je vivrai éternellement.

D. — Qu'est-ce que cela veut dire?

R. — Je vivrai toujours en représentant une figure divine.

D. — Vous ne me paraissez pas très fort en théologie?

R. — Non, je n'ai pas beaucoup d'instruction; j'ai eu la cervelle obstruée à la suite d'une chute.

3 décembre 1909.

D. — Qu'est-ce qu'il y a de neuf?

R. — Oh! c'est toujours le même chose. Donnez-moi seulement ma libéra-

tion; sans cela c'est toujours la même chose; ça n'est pas la peine de parler des tas de minutes avec vous.

D. — Et votre situation?

R. — Elle reste stationnaire jusqu'en 1920; alors je perdrai la place.

D. — Comment mangez-vous?

R. — Pas bien; je suis obligé de jeter la moitié de ma nourriture. Il y a des gens qui urinent dans ma soupe. Ce sont des gens payés en sous-main pour me faire cela.

Le malade déclare qu'on lui prend sa pensée par des procédés matrimoniaux; il l'a entendu dire par un employé de Bicêtre.

« On m'oblige à humecter des postérieurs et des verges. »

D. — Qui vous fait humecter sa verge?

R. — Tous les gens qui sont ici. Ils viennent de Cayenne et de Biribi, de Fresnes ou d'ailleurs. Signalez aussi que je suis frappé tous les jours d'une manière odieuse.

J'ai dit qu'il y avait des cas mixtes de toutes sortes. En voici un très incomplètement observé, où se mêlent chez un débile très marqué les idées de persécution et hypocondriaques avec une faible systématisation. On remarquera de très nombreux néologismes. Il paraît que la folie a débuté il y a neuf ans.

Folie de persécution avec idées hypocondriaques.

Pi... V. Fr., entré à Bicêtre le 29 novembre 1906, à l'âge de 44 ans.

D. — Commentça va, monsieur?

R. — Je suis pris dans l'astre, ça me fait mal.

D. — Qu'est-ce que cet astre?

R. — Mars.

D. — Depuis combien de temps?

R. — Depuis Villejuif.

D. — Comment cela vous est-il arrivé?

R. — Le médecin m'a prescrit une drogue, je l'ai prise et j'ai constaté que ça m'avait fait morver le sang où il y avait un tænia qui était d'une tigresse et d'un visigo. Ce tænia m'a fait un trou dans l'estomac, la perte de sang m'a débilité. Le foie et l'estomac rebouchés, le cœur dégagé, j'allais mieux, j'ai repris mes forces. Au mois de mars le médecin me dit de prendre une lèpre (larve de mouche), et au bout de treize jours mon estomac s'est de nouveau percé, j'ai senti tout s'écrouler; le cœur baignait dans le sang. Un jour il me pend comme deux aiguilles au nez, je me mets à me moucher et je constate que ma cervelle coule. Les jours suivants le reste de ma cervelle retombe dans ma colonne vertébrale. J'étais devenu comme un enfant. Un jour une femme m'a demandé à travers le plafond comment j'allais. La femme tournait un moulin et me faisait monter les matières cerviales (*sic*). Ces personnes nous ont suivi et nous ont tué trois enfants.

D. — Comment?

R. — Par une mécanique; j'ai vu l'un sauter brusquement; l'autre on l'a empoisonné avec du vin mélangé avec du sang de tigre. Puis cette femme a pressé sur une petite boule et mon enfant est mort.

D. — Et le troisième enfant?

R. — Ils l'ont tué.

D. — Pourquoi vous ont-il fait tout ça?

R. — Je ne sais pas; on m'a donné cinq ou six noms. C'est la cinquième fois que je suis interné.... Je ne puis pas travailler...... Je suis pris comme dans un forceps.

D. — Que vous dit-on?

R. — On me parle. C'est un homme et une femme. Ils m'ont pris de force, j'avais un rond de tête autour de ma poitrine.

D. — Vous a-t-on révélé que vous étiez un grand personnage?

R. — Oh! oui, on m'a dit que j'étais sorti de la culotte d'un prince, que je suis très riche.....

D. — Le croyez-vous?

R. — Oh! non.

D. — Combien d'enfants avez-vous eus?

R. — 14.

D. — Combien vivent?

R. — Six.

D. — Quel âge avez-vous?

R. — J'ai 45 ans.

D. — Où habitez-vous?

R. — Rue des M..., n° 3. Il y avait une vieille femme qui s'appelait « Anuscule » et nous a fait un jour « mouton ».

D. — Quelqu'un prend-il votre défense?

R. — Pas pour le moment, mais l'affaire va être plaidée.

3 décembre 1906. — Le malade demande à rentrer chez lui, il dit « qu'on recommence ici comme à Villejuif et qu'il ne peut plus rester ».

10 décembre 1906. — A écrit au maire de son arrondissement pour obtenir sa sortie.

Le malade est peu communicatif et se lie peu. Le plus souvent il se met à l'écart dans le chauffoir.

2° Folies de persécution systématisée sans hallucinations. Folies d'interprétation. — Folies raisonnantes ou raisonneuses. — On pourrait citer bien d'autres exemples. Il faut se borner et parler maintenant des types cliniques de persécution pure ou presque qui ne s'accompagnent pas d'hallucinations, ou du moins où les hallucinations sont rares et ne jouent qu'un rôle effacé. Le délire consiste en interprétations délirantes à peu près seules; tantôt elles sont assez étendues, tantôt elles sont très limitées, gravitant alors autour d'une idée que quelques auteurs appellent « *idée fixe* », ou *idée prévalente* de Wernicke. On peut en distinguer deux variétés *(il y a des formes de passage)* : le délire d'interprétation proprement dit et le délire des « persécutés-persécuteurs » ou délire des persécuteurs raisonneurs. Mais ce dernier

a une physionomie spéciale telle qu'il m'a paru préférable de le décrire à part au Déséquilibre mental (voir p. 530).

Folie de persécution sous forme d'interprétations très limitées. — Tentative de meurtre. Réticence

Dec... O. courtier en vins, âgé de 45 ans, entre en novembre 1908 dans mon service, à Bicêtre, venant de celui de M. Séglas.

Il a un aspect parfaitement normal et il déclare, après réticences et sous-entendus, qu'il n'a qu'à attendre le jugement qui a été prononcé à son insu en sa faveur. Il ne veut pas donner d'autres explications qu'il a fournies une fois pour toutes. Durant tout le temps que je l'ai observé (année 1909), il n'a pas varié dans ses réponses, refusant toujours tout éclaircissement. Il vit à part dans le service, complètement indifférent à ce qui s'y passe, mais nullement dément; il n'est occupé que de son affaire.

Voici maintenant le résumé de l'observation prise antérieurement par M. Séglas (1) :

Première entrée en 1905. — On constate un délire de persécution vague avec grandeur, grande excitation, que l'on rattache hypothétiquement à la paralysie générale avec appoint alcoolique, Dec..., présentant des signes nets de tabes. Six semaines après, le calme revient et le malade sort après un séjour d'environ quatre mois.

Dix-huit mois après, le *1er août 1907*, D..., rentre dans le service à la suite d'une expertise médico-légale du docteur Vallon.

Le 10 juin précédent, à 10 heures du matin, D..., sans motif plausible et sans avoir été provoqué, avait tiré à bout portant six coups de revolver sur son ancien patron, M. L..., marchand de vins en gros, ne lui faisant que des blessures légères.

M. L..., la victime, à fait la déclaration suivante : « Il y a quatre ans, D..., était à mon service comme courtier. Je n'avais eu jusqu'alors qu'à me louer de ses services, lorsque, presque soudainement, il devint négligent.

« Mon associé le remercia et D..., qui nous devait 600 francs, et nous les doit d'ailleurs encore, partit en nous traitant de voleurs et de crapules.

« Une plainte fut par nous déposée au parquet, mais elle resta sans suite. Il y a deux mois, je rencontrai D... au Luxembourg. Il m'accusa d'avoir versé une somme à la Préfecture de police pour le faire enfermer; il y a quinze jours, il vint me prier de le reprendre comme courtier et me demanda une avance que je refusai.

« Il était revenu hier et je l'avais engagé à revenir ce matin s'entendre avec mon représentant, M. G...

« Ce matin, après avoir refusé l'avance qu'il demandait sur ses futures commissions, je l'avais laissé discuter avec mon représentant et m'étais rendu dans mon chais.

« Quelques instants après, je revenais et au moment où j'ouvris la porte de mon bureau, D..., qui s'y trouvait, a tiré sur moi. Je suis tombé et j'ai perdu la notion des choses. »

M. G... se précipita sur D..., qui s'écria : « Il y a longtemps que je vous le

(1) L'observation complète a été publiée dans un travail de SÉGLAS et VALLON, Tabes et délire des persécutions. *Ann. médico-psycho.* Janvier et février 1909.

promettais et que j'aurais dû le faire. » Comme M. G... le serrait, il lui dit : « C'est inutile, je ne chercherai pas à me sauver. »

Interrogé par le commissaire, D... a dit ; « Je reconnais le fait, mais je n'ai jamais eu l'intention de tuer M. L... J'ai voulu faire un scandale pour obtenir justice, car ayant été interné il y a deux ans, je me trouve depuis cette époque sans travail et sans aucune ressource et par la faute même de M. L... C'est lui, en effet, qui, de connivence avec mon concierge, m'a fait enfermer comme fou. Ce matin, je me suis rendu chez M. L..., qui m'avait autorisé hier à travailler pour lui comme courtier. N'ayant aucune ressource, je lui ai demandé une avance pour manger. C'est sur son refus que j'ai tiré six coups de revolver pour provoquer un scandale. »

Lors de l'interrogatoire médical, D... renouvelle ses déclarations : « Je regrette beaucoup ce que j'ai fait, dit-il, mais c'est la force des choses qui m'y a poussé. Jamais pareille affaire ne m'était arrivée. J'étais réduit à la misère, tout le monde me repoussait ; cela m'a découragé. Je n'avais d'ailleurs nullement l'intention de faire du mal à M. L... J'ai tiré par terre, simplement pour attirer l'attention sur moi ; je ne devais pas le blesser. J'ai un défaut : je m'emporte comme une soupe au lait, je m'emballe, mais dix minutes après, c'est fini. « Jamais je n'ai eu l'idée de faire du mal à qui que ce soit. Quand j'ai acheté ce revolver, c'était dans l'intention de me suicider. J'avais si peu l'intention de m'en servir contre M. L.... que, la veille, j'avais voulu le vendre pour manger. D'ailleurs, je sais bien qu'on ne doit pas se faire justice soi-même. »

Questionné sur ses griefs envers M. L..., il dit une fois que la société L... l'empêchait de trouver du travail, le diffamait, le faisait passer pour un voleur, puis pour un fou; une autre fois, que M. L... n'était pas un mauvais garçon, qu'il n'a rien à lui reprocher ; qu'il avait bien eu une fois l'intention de le faire vendre, mais n'avait pas donné suite à ce projet. Lorsqu'on lui fait remarquer qu'il se contredit, il se reprend et ajoute : « Oui, M. L... m'a diffamé, m'a empêché de travailler, m'a exploité; mais tout cela est oublié. »

Il nie avoir reproché à M. L... d'avoir donné de l'argent pour le faire enfermer. « Il a contribué, il est vrai, à mon internement, dit-il, ainsi que diverses personnes ; mais c'est surtout mon concierge qui m'a fait passer pour un fou en portant plainte. Mon internement n'était nullement justifié. J'étais, comme maintenant, réduit à la misère et je buvais un peu, par découragement, mais je n'ai jamais été fou. Mon internement m'a porté un grand préjudice, je ne pouvais pas trouver de travail. La société L..., seule, pouvait m'en donner, sachant qu'en réalité je n'ai jamais été fou. Il ne tiendrait qu'à M. L... de me tirer d'embarras. Il n'aurait qu'à donner le permis nécessaire pour qu'on me remette les sommes qu'il a versées pour moi. »

Pressé de questions à ce propos, il finit par faire le récit suivant : « Pendant que j'étais interné à Bicêtre, M. L... a fait un versement d'argent à mon profit dans une caisse, je ne sais au juste laquelle. Je ne sais si M. L... a fait ce versement bénévolement ou parce qu'il y a été condamné ; mais je sais que, pour réparer le préjudice qu'il m'a causé, il a versé soixante mille francs portant un intérêt annuel de trois mille francs.

« Il a même été question de porter cette somme à 100000 francs. C'est pour avoir cet argent que j'ai tiré les coups de revolver. J'ai été informé des ver-

sements par une personne qui en est certaine, mais qui veut garder l'incognito. La nommer serait la compromettre et lui faire perdre sa situation. D'ailleurs, c'est une affaire connue depuis deux ans. M. L... ne veut pas qu'on me verse l'argent parce qu'il a peur que je l'attaque. En effet il a détourné mon courrier et par ce moyen m'a volé des commissions et des clients. Je ne voulais pas le dire, mais c'est la réalité!

« C'est une affaire très embrouillée. Il est impossible de remonter à l'origine, il y a trop de choses. »

M. L... a confirmé qu'en effet D... avait prétendu autrefois qu'il avait placé à son compte une somme d'argent, non pas à une caisse, mais à la Préfecture de police. C'était chez lui une idée fixe; et il lui disait souvent : « Vous avez le bras long, donnez-moi une carte de vous et le Préfet de police me versera l'argent de suite. »

A son entrée à Bicêtre (août 1907), D... renouvelle les mêmes déclarations, exprime les mêmes idées de persécution très limitées, gravitant autour de cette idée fixe d'une indemnité, versée par son patron, comme dédommagement des torts qui lui auraient été faits, indemnité qu'il ne peut point toucher. Toutes ces idées reposent exclusivement sur des interprétations délirantes sans aucun phénomène hallucinatoire. D... les expose avec une conviction absolue, sans se rendre à aucun argument opposé à sa thèse; vis-à-vis de son idée fixe, il ne se livre à aucune critique, à aucun contrôle; mais, en dehors de son thème délirant, il se montre très lucide et ne témoigne ni confusion des idées, ni troubles de la mémoire.

Au point de vue physique, on constate de nouveau les mêmes signes déjà notés à la première entrée : absence des réflexes rotuliens et achilléens; signe de Romberg; tremblement fibrillaire de la langue; tremblement des muscles péri-buccaux et des mains. Pas de trouble de la parole ni de l'écriture; déformation et inégalités pupillaires; signe d'Argyll Robertson; lymphocytose très marquée. Le malade accuse encore de temps en temps des douleurs fulgurantes, douleurs en éclairs, s'accompagnant d'hyperesthésie de la face antérieure de la cuisse. Il nie toute syphilis antérieure. Depuis lors et jusqu'à ce jour, son état n'a guère varié. Les signes physiques persistent, identiques; les idées délirantes sont restées les mêmes, aussi fixes et gravitant toujours dans le même cercle limité.

D... ne manifeste aucun regret de l'acte qu'il a commis; sûr de son droit, il est insouciant de ce qui lui arrivera. Parfois il se montre emporté, mais en général il est calme, ne réclame jamais, et se montre poli, parlant même sur un ton insinuant et doucereux, avec une tendance manifeste à la réticence. Au point de vue intellectuel, il ne paraît pas sensiblement affaibli. Sa mémoire est très présente; il se rend très bien compte de tout ce qui lui est arrivé, cherche à se disculper de l'acte qu'il a commis, à démontrer que la responsabilité première en revient à ses adversaires, discute avec précision tous les détails de ses revendications. En revanche, il ne manifeste aucun sentiment affectif. Il est tout à fait insouciant de ce que devient sa femme, ne se préoccupe nullement de ce qu'elle ne vient pas le visiter. Il passe son temps à boire, manger, fumer, jouer aux cartes et dormir. En dehors de son délire, de son idée fixe d'une indemnité qui lui est due, il reste indifférent à tout ce qui se passe autour de lui; il se laisse vivre au jour le jour en prenant le temps comme il vient.

D... est un persécuté dangereux, tout comme peut l'être un persécuté à évolution systématique très halluciné, ou un persécuté à interprétations nombreuses, mais il n'a qu'un délire très limité sans hallucination, reposant sur *quelques* interprétations. Pour le dire tout de suite, on trouve de ces « *idées fixes* » aussi bien pour la persécution que pour la jalousie (j'en donne un exemple plus bas), l'hypocondrie, les idées érotiques, etc.

B. — Folies systématisées d'auto-accusation.

On peut aussi rencontrer d'autres types, car leurs variétés sont innombrables. Un des plus curieux est celui d'*auto-accusation systématisée, indépendant de la mélancolie.* Je n'en ai pas d'exemple pur, mais par l'étude du cas mixte que je vais donner, on pourra se faire une idée du premier *mutatis mutandis.* Le malade Til..., que j'ai pu observer plusieurs années à Bicêtre, a eu en effet un délire d'auto-accusation accompagné d'émotion triste *secondaire* qui s'est peu à peu transformé en délire de persécution systématique. En même temps, les sentiments fondamentaux de T..., qui était un scrupuleux et un honnête homme conscient de son honnêteté, se sont peu à peu transformés, ou plutôt un côté de ces sentiments a fini par apparaître plus que l'autre : le remords a fait place au sentiment d'être une victime, et enfin d'être une victime qui saura se venger. On peut comparer utilement cette succession de nuances sentimentales à celles, plus simples, que manifestait le garçon épicier Bor... d'abord persécuté, courbant la tête, puis la relevant avec violence et menaces (p. 697).

Folie d'auto-accusation et de persécution. — Tentatives de suicide au début.
Til..., , âgé de 53 ans, employé d'octroi, entré à Bicêtre le 29 janvier 1907. (Obs. rédigée par M. R. Mallet, interne du service).

Antécédents héréditaires. — La mère du malade aurait présenté des troubles mentaux et se serait suicidée : on a retrouvé son corps dans une mare.

T... n'a pas connu son père, mort à 30 ans de fièvre typhoïde.

Ses deux sœurs, dont une de mère seulement, sont bien portantes, ainsi que sa fille actuellement âgée de 19 ans.

Antécédents personnels. — T... aurait eu une jeunesse malheureuse, étant maltraité par son beau-père. Sa femme dit qu'il était très gai au début de son mariage : il aimait à chanter, jouait de l'harmonium ; mais, très honnête et très scrupuleux, il s'est toujours montré « alarmiste », ainsi que l'appelaient ses camarades, et « se laissait abattre par la plus petite contrariété. » Excès d'aucune sorte. —En 1893, apparition de troubles gastriques qui, par leurs progrès, décident vers la fin de l'année le malade à aller consulter à Dubois. On

aurait diagnostiqué une dilatation d'estomae pour laquelle des lavages ont été ordonnés.

A cette époque T... devient triste : il s'imaginait, dit sa femme, avoir des maladies impossibles et se disait hydropique, ajoutant : « Si ça ne va pas, je me jetterai à l'eau. »

Il semble done qu'à ee moment T... a présenté des préoeeupations exagérées, avec tendanee au suicide sous l'influence de troubles gastriques réels.

Cet aeeès, pendant lequel T... n'a d'ailleurs pas quitté son travail, n'aurait duré que deux mois environ, au bout desquels il est redevenu normal, son état gastrique étant très amélioré.

Rien à relater jusqu'en 1906. Au eours de eette année T... se plaignit par moments d'avoir la tête vide et de ne plus dormir. Il mangeait bien néanmoins et vivait normalement.

Le 14 novembre 1906, en rentrant ehez lui, se met à pleurer (pour la première fois) à eause d'une affaire de lie de vin sur laquelle il revient quelques jours après. Le 22 novembre, T... rentre ehez lui le soir, disant à sa femme qu'il a mal fait son service et qu'il eraint d'avoir laissé passer en oetroi pour du vin trouble de la lie de vin, très taxée, paraît-il. Dès lors T... n'est plus le même : il ne mange plus, ne dort plus, se plaint toujours d'être fatigué devient triste, sans cesse préoccupé de eette lie de vin. A tel point que le 15 décembre il va, sur le eonseil de sa femme, trouver un inspecteur pour lui présenter sa demande de mise à la retraite. L'entrevue terminée, T... regagne son poste, lorsqu'il entend derrière lui la voix d'un brigadier disant : « Eh bien! vous en avez de l'aplomb de demander votre retraite! » « Je me suis retourné et je n'ai vu personne, mais j'ai bien entendu la voix », a-t-il dit le jour même à sa femme, qui, par la suite, a su que la réflexion avait été faite effectivement, mais en riant, par un brigadier ami de son mari. Préoeeupé par ces paroles, T... se couehe le soir sans manger, s'endort, mais se réveille brusquement au milieu de la nuit; sa femme le trouve la faee eongestionnée, s'agitant, disant qu'il étouffe, qu'il ne peut plus respirer, qu'il est tout étourdi. Le lendemain un médecin, appelé, parle de « eongestion à la tête » et fait poser des sangsues derrière les oreilles. Le malade reste alité, des idées de suieide lui viennent à l'esprit, suivies de tentatives; il se lève et veut se jeter par la fenêtre; il se frappe la tête contre le marbre de sa table de nuit; enfin, deux jours après, le 18 déeembre, il se donne des eoups de eiseaux sur le ventre et sur la jambe. Le médecin eraint une eomplieation péritonéale et dirige le malade sur la Pitié, où il ne reste que vingt-quatre heures, ramené ehez lui par un neveu, médeein, qui avait été prévenu.

C'est alors que se passe un fait qui prendra une importanee eapitale dans le délire du malade. T..., étant alité, reçoit la visite d'un employé de son administration qui lui apporte trois bulletins à signer, bulletins dits de déeompte, destinés à lui permettre de toucher 218 fr. 50 qu'on lui devait. T... signe les trois bulletins, en blanc, eomme on le lui demandait, et l'employé se retire. A ee moment un eousin, qui avait assisté à l'entrevue, s'éerie en riant, au dire même de Mme T... « C'est égal, si e'est possible de signer en blanc! » Maleneontreuse réflexion qui plonge T... dans le regret de ee qu'il vient de faire, regret qui deviendra un remords. D'ailleurs, deux jours après, la fille du malade touche les 218 franes en éehange des bulletins en question. Mais les blessures ne

se guérissent pas, des idées de suicide réapparaissent, et T... est ramené à la Pitié.

De là, il écrit à son neveu qu'il trouve drôle qu'on ait inscrit sur sa feuille d'hospitalisation : « mis en observation » ; le personnel regardait cela en disant : « Hum ! en observation. » Il se plaignait d'être surveillé, même « quand il allait aux cabinets, » disant «ne rien comprendre à tout ce qui se déroulait ». Il reste à l'hôpital une quinzaine de jours, au bout desquels sa femme, sur le conseil du médecin, le conduit, accompagné d'un infirmier de la Pitié, à la Salpêtrière, à la consultation de M. le docteur Charpentier, qui conclut à l'internement.

Sa femme le garde néanmoins avec elle, mais dix jours après elle le conduit à Sainte-Anne. Deux jours après, il arrive à Bicêtre.

2 février 1907. — T... pleure en entrant dans le cabinet du médecin.

« Ma pauvre femme et ma pauvre fille, que je vais mettre dans la misère ! c'est affreux !... Mais je ne sais pas où ça va me conduire, tout ça!..... Mon administration m'a laissé mes appointements, mais ces bulletins de décompte que j'ai signés en blanc, il me semble que c'est des faux..... Qu'est-ce que vous voulez, à l'aide de ça il est probable que je vais être poursuivi..... Trente et des années de service, des compliments, et tout ce qui m'arrive maintenant ! »

D. — Vous exagérez.

R. — Je le souhaiterais.... ; d'abord enfermé à Sainte-Anne, puis ici, puis après je ne sais où..... Je suis bien noté, et voyez donc, on a eu l'air de se plaindre de moi, on m'a arrêté, puisque je suis ici.

D. — Avez-vous dormi ?

R. — C'est pas la peine d'adoucir mon sort, il faut m'habituer à souffrir encore, je n'espère rien, allez.

Toutefois T... mange de bon appétit et dort bien. Il reste à l'écart des autres malades, ne causant à personne, mais répondant avec prolixité quand on l'interroge ; chaque fois qu'on lui adresse la parole il se met à pleurer et ne cesse pas pendant la conversation.

T... n'a pas manifesté d'idées de suicide depuis son entrée dans le service, mais son délire s'est enrichi d'interprétations sur les faits actuels et passés.

Fin février. — Mars. — C'est ainsi qu'à la fin de février 1907, T... s'explique pourquoi on l'a amené ici : « pour le préparer au bagne », et le dit à sa femme. Le 1er mars il raconte en pleurant : « Ma femme a cherché de l'argent pour restituer à la ville de Paris ce que j'ai volé: il y a une qunzaine de jours que je me suis aperçu de ça.... Quand je vais aux cabinets il en vient cinq ou six pour m'empêcher d'y aller, parce que je suis au ban de la société..... On me traite de voleur... »

15 mai. — « Au bureau de l'octroi où j'étais, il y avait une veuve, marchande de journaux, qui venait souvent se chauffer. Je lui ai défendu l'accès du bureau parce qu'elle venait avec d'autres commères. Je lui ai dit que je ne voulais pas être révoqué et je crois que la lettre écrite par les enfants de cette veuve a causé tous mes ennuis ; ils me noient. ». (Il éclate en sanglots).

30 mai. — Le malade sanglote en racontant qu'un de ses parents, un gardien de la paix, est « mort au champ d'honneur », alors que lui il va aller au bagne parce qu'il a signé des bulletins en blanc. « Il pourrait y avoir un enfer, je ne serais pas plus malheureux qu'ici. Personne ne me dit rien et on ne me

répond que par des insultes, lâche, canaille, fumier, etc.. Ma femme perd la raison, ma fille devient idiote. Je ne sais pas ce qu'il y a eu, mais j'étais pour être heureux quand on a cherché à me monter le cou; on a mis des garçons pour me tuer, « pour me noyer ».

3 septembre 1907. — « J'entends des voix qui me disent: A mort, au bagne, le voleur. Si encore il n'y avait que moi, mais j'ai une enfant et c'est elle qui a été chercher les appointements que j'ai eus d'une façon illégale et qui me conduisent au bagne. Tout ce qui se passe autour de moi me fait prévoir ce qui arrivera. Ici c'est le bagne moral; plus tard ce sera le bagne physique. »

23 décembre 1907. — Le malade entre dans le cabinet en pleurant. « Je subis le traitement de forçat et on m'a photographié en forçat, avec un numéro. » En effet le photographe a, suivant l'habitude, mis une règle portant un numéro d'ordre auprès du malade.

7 février 1908. — « On sait que je mettais plus volontiers les pieds dans l'église que dans le cabaret et on me nargue avec ça, avec des « Ave Maria », des « nom de Dieu » ; tout cela c'est ridiculisé pour me larder davantage ; le mot d'ordre est donné ; il n'y manque rien. Il faudrait des journées pour dire tout ce que je vois, tout ce que j'entends. Il n'y a plus rien chez moi, aucun espoir sur terre ni ailleurs ; je me laisse aller complètement; je suis perdu, on m'a roulé tout simplement. J'ai toujours été un honnête homme. Tous ces voleurs, je dirais leur nom s'il le fallait : aujourd'hui on les porte aux nues et ils me jettent la pierre. J'ai remonté tout mon service et j'ai retrouvé tous les pièges. »

19 février 1908. — Et de fait ce jour-là, T. dit : « Tout cela c'est la vengeance de X. »

Mars 1908. — Dans les premiers jours du mois nous avons fait raconter son histoire à T..., qui garde toujours le même aspect. Sa physionomie est triste, son front plissé, ses yeux larmoyants. Il sanglote toujours quand on lui adresse la parole. Dans le service il vit en dehors des autres malades, ne causant jamais, mangeant et dormant bien, se tenant très propre. D'ailleurs son état général est excellent, les différents appareils fonctionnent normalement et on ne constate aucun phénomène nerveux, si ce n'est une exagération très nette de tous les réflexes tendineux.

T. raconte tout ce qui suit en pleurant, mais il parle avec beaucoup de détails et de précision, à tel point qu'on est obligé à plusieurs reprises de lui demander d'abréger.

« Quand j'étais à la Pitié, je n'y comprenais rien. Tout ce qui se déroulait m'enfonçait toujours. Cette feuille d'observation, c'était quelque chose de pas ordinaire que je ne m'expliquais pas. Ce n'était pas clair. Quand j'ai demandé à M. Dalché à sortir, il m'a dit : « Dites à votre femme de venir me voir. » Et je ne suis pas sorti naturellement. On m'a conduit au docteur Charpentier qui a parlé d'hallucination; j'ai été revoir mon inspecteur qui n'a pas voulu que je reprenne mon travail; je n'étais toujours pas rassuré et je songeais aux bulletins de décompte. Un jour le brigadier de l'inspecteur vient me voir et me parle de congé de convalescence : « Comme ça, vous serez tranquille avec vos bulletins de décompte. » Il me rappelle toujours ça ; c'est mauvais ça, avec ça ils vont me tuer. Et c'est ce brigadier qui, avec ma femme, m'a conduit à Sainte-Anne. J'en conclus que ces bulletins, dont je m'étais servi, on m'a monté le cou avec; on m'a fait croire que c'était légal, qu'on opérait comme

ça pour tous les malades, on m'en a même cité un tout de suite : j'étais au lit, on me donne une plume et on me fait signer. Quand j'ai vu la tournure que ça prenait ici, surveillé, maltraité, torturé, je me suis dit : c'est bien plus grave encore que j'avais supposé. Je vais aller au bagne pour ces bulletins-là, je l'ai dit à ma femme. Depuis, cette idée n'a plus fait que s'accroître.

D. — Où êtes-vous ici ?

R. — A l'hôpital de Bicêtre.

D. — Ce n'est pas un bagne.

R. — Mais on m'y prépare.

D. — Ici, ce sont des malades.

R. — Il y en a, mais il n'y a pas que des malades.

D. — Qu'y a-t-il encore?

R. — Pour moi, je ne peux pas le définir exactement, mais il y a autre chose. Il y en a qui simulent la folie.

D. — Pourquoi ?

R. — A l'aide de ça, ils peuvent aller le plus loin possible dans les paroles, dans les actes. Ils exercent tout ça contre moi nuit et jour, sans relâche. Tenez, vous entendez bien, en voilà un qui me dit des cochonneries (un malade présentant un délire érotique crie dans la cour).

D. — C'est pour vous qu'il dit cela ?

R. — Pour qui voulez-vous que ce soit ? Et les autres c'est pareil.

D. — Il y a combien de temps que vous vous êtes aperçu de cela ?

R. — Ce n'était pas aussi visible au début. Il a fallu la moitié de février pour que je m'en aperçoive.

D. — Pourquoi vous fait-on tout ça ?

R. — Pour me torturer le plus possible.

D. — Qui le fait faire ?

R. — Je ne le sais pas.

D. — Pourquoi à vous plus qu'à d'autres ?

R. — Les autres sont des hommes de connivence avec ceux qui me font ça.

D. — Qui sont ceux qui vous le font ?

R. — Je ne sais pas d'où ça part. Plus ça va, pire c'est. La nuit ça s'accroît.

D. — Qu'entendez-vous, par exemple ?

R. — « Grosse putain, grosse vache. Il ne peut pas se faire bourrer le c... ; avec ses demi-setiers de cognac il se saoûlait la gueule. »

D. — Qui dit ces injures ?

R. — Celui qui se tient près des cabinets.

D. — Vous le voyez ?

R. — Quand il le dit dans la cour, je le vois bien. La nuit, j'entends des voix. Lui, son rôle, c'est d'insulter grossièrement : « Putain, va te faire emmancher. »

D. — Il n'y a que lui ?

R. — Les autres ont un autre rôle. Ils font du bruit ; il y a un arrangement là-dedans : il ne faut pas qu'il dorme, qu'il ait une minute de tranquillité. Il y a des ordres dans ce sens-là, mais je ne sais pas d'où ils viennent.

D. — On ne vous touche pas ?

R. — Non, pour me toucher, jusqu'alors, on ne m'a pas touché.

D. — On ne vous fait pas respirer de mauvaises odeurs ?

R. — Le linge est étalé au pied de mon lit, et je respire ça : c'est de la m... et de la pisse.

D. — Pas d'autres odeurs ?

R. — Non.

D. — Les aliments n'ont pas de mauvais goût ?

R. — Je ne m'occupe pas de la nourriture.

D. — On ne veut pas vous empoisonner ?

R. — Je ne pense pas. On me rendrait service.

D. — La nuit vous ne voyez pas des choses bizarres ?

R. — Ça suffit, je vous dis, tapage continuel.

D. — Vous avez toujours bien fait votre service ?

R. — Je ne me reprochais rien. Ç'a été comme un coup de foudre. Si j'avais été comme j'en connais beaucoup..., des contrôleurs qui ont chapeau haut de forme et qui sont des voleurs!

D.— Le point de départ de ce qui vous arrive ?

R. — Il est comme je l'ai replacé, au deuxième semestre de 1904 ; je ne le sais que depuis quelque temps. Pour qu'on ait mal pris ma demande de mise à la retraite, pour qu'on m'ait fait signer des bulletins en blanc, c'est X...

(T... raconte alors qu'une discussion s'était élevée entre X..., employé du bureau voisin, et un contribuable, qu'il avait pris la défense de celui-ci et que X... a voulu se venger. Et T... passe en revue une série de faits qui ont eu lieu depuis cette date et qu'il relie à cette affaire X).

Quelques jours après (la discussion), un contrôleur est venu dans le poste et a appelé l'employé qui travaillait avec moi : à la fin de l'année on me change de poste. C'est ici que j'ai ruminé ça; ça m'est revenu. C'est commencé depuis le contrôleur, mais à ce moment-là je ne me doutais de rien. Au bout de quelques jours, dans mon nouveau poste, l'inspecteur vient et me cause pendant vingt minutes. J'ai pris ça pour de la sympathie : depuis, ici, je me suis dit que c'était la suite ; j'ai édifié tout ça. — Ça en fait partie, toujours. Quelques jours après une femme passe avec plusieurs litres de vin: elle veut m'en donner, je l'ai refusé. Piège évité. Mais, à ce moment-là, c'est le hasard qui me l'a fait éviter.. X... a dénaturé la chose qui s'était passée. On ne m'a jamais rien demandé. C'est parti de là. A partir de ce jour-là on a dit : « Ce gaillard, il faut le perdre, il faut qu'il n'ait pas sa retraite. »

D. — A quel moment vous êtes-vous aperçu qu'on vous poursuivait ?

R. — Lorsque j'ai demandé ma retraite. Jusque-là je voyais du tirage, mais je n'y comprenais rien. Je n'ai vu la gravité qu'en février 1907. Tout a été échafaudé, préparé : le billet de 50 francs, un billet qu'il avait retrouvé (1), c'était un piège; la marchande de journaux, piège; les litres de vin, piège.

Fin 1908. — Toujours même état.

2 mars 1909. — Le délire paraît actuellement complètement systématisé: « On l'a fait tomber dans le piège, il sait d'où cela vient, mais malgré tout, le moment venu, on ne l'empêchera pas de parler. »

Après l'affaire X.-Y., le contrôleur Z... fait appeler l'employé R..., soi-disant au sujet d'une demande de cet employé pour entrer au contrôle général, mais le véritable but de sa visite était de se renseigner sur T..., afin de le perdre.

(1) Et dont le propriétaire avait envoyé un cadeau à Mme T.

Lorsqu'il (T...,) pourra parler, il dénoncera les vols que contrôleurs, inspecteurs, commis et employés commettaient journellement. On volait des vins fins dans les caves de l'Entrepôt, et le vin ordinaire à pleines cruches. On obligeait les charretiers à verser dix sous en plus des droits pour la « buvette » des employés. Et c'était lui, T..., que l'on chargeait d'aller chercher le rhum et autres spiritueux chez le marchand de vins. X..., jaugeur à la porte de..., volait pour l'inspecteur et le contrôleur des produits chimiques à la maison X.

D'autres voulaient se servir de son intermédiaire pour obtenir des billets d'entrée au Jardin d'acclimatation. Le contrôleur X... lui avait enjoint de faire en sorte de se mettre en rapport avec le directeur du Jardin d'acclimatation pour obtenir ces billets. (Il était alors chef de poste à la porte de....).

Il a vu des employés favoriser la fraude en laissant passer des quantités de paille, dont une partie seulement avait été déclarée, etc.

Le malade pleure moins, est moins triste ; il discute avec animation « l'affaire » dont il a été victime. Il a été « roulé », dit-il, mais il lui sera sans doute permis un jour de dévoiler tout ce qui passe d'illicite à l'Octroi, et ce jour-là, tant pis pour les gras et les autres, il n'épargnera personne, alors on verra de quel côté sont les honnêtes gens !

Décembre 1909. — Même état.

Décembre 1910. — D'après les renseignements qu'a bien voulu me donner mon successeur dans le service, le docteur André Riche, T... devient de plus en plus soupçonneux et irritable. Il n'est pas éloigné de croire le précédent chef de service complice de ses persécuteurs, etc.... En un mot, la systématisation du délire et l'évolution des sentiments de T... s'accentuent de plus en plus.

C. — Folie systématisée de grandeur et de persécution consécutive.

Je donnerai maintenant un cas de folie de grandeur avec persécution limitée à quelques idées délirantes peu nombreuses, la persécution paraissant la conséquence de l'idée de grandeur. Dans ces formes il y a peu ou pas d'hallucinations.

Folie des grandeurs (invention absurde) avec idées de persécution. — Ol... Ric., sans profession, entré à Bicêtre le 14 octobre 1909, à l'âge de 35 ans.

Renseignements fournis par la sœur. — Le malade aurait dès son jeune âge beaucoup étudié la philosophie et la métaphysique.

Le père est parti avec une femme qu'il disait être son âme sœur; il faisait du spiriritisme; il s'est ensuite suicidé, vraisemblablement à la suite d'un cancer de la langue.

Le malade a toujours eu des idées bizarres. Il a d'abord cru qu'il ne pouvait pas travailler à cause d'une maladie d'yeux. Les idées d'invention pour jouer à la roulette datent de quatre ou cinq ans. Depuis plusieurs mois il a des idées d'empoisonnement.

Pas d'excès alcooliques. Beaucoup de thé et de café.

L'idée d'invention aurait été antérieure à l'idée de persécution.

Le père avait des désirs de gloire. Il faisait du diagnostic médical par le spiritisme.

13 octobre 1909 :

D. — Votre nom ?

R. — Ol. Richard, Ricardo en espagnol.

D. — Qu'est-ce qui vous amène ici?

R. — Je n'en sais rien du tout, et je commence par protester contre mon internement illégal à tous points de vue. Je ne suis pas fou, donc ici ce n'est pas ma place. C'est la vanité de ma sœur qui a fait tous ces coups de théâtre. J'accuse ma famille de m'avoir drogué. J'ai des douleurs sur la poitrine et le dos et des somnolences.

C'est un scénario inventé depuis huit jours. On me souffle les choses les plus extravagantes ; que j'ai une femme, des enfants, etc.

J'ai porté plainte au Procureur de la République il y a un mois ou un mois et demi; brusquement, il y a sept ou huit jours, on m'amène chez le commissaire de police qui se met à jouer une comédie extraordinaire, m'interroge à peine et reste une grande heure avec ma sœur. Ceci est arrivé après le grand coup de vanité de ma sœur à la suite de ses expériences publiques sur la roulette, que n'ai pas vues, mais que la foule m'a soufflées.

Après cela je m'en vais avec ma sœur et nous arrivons à la Conciergerie où on me met en cellule.

D. — Quel jour?

R. — Je n'ai pas un souvenir exact. Ensuite j'ai été à Sainte-Anne où j'ai passé sept ou huit jours au milieu de gens qui simulaient la folie ; ils étaient raisonnables, mais en continuant comme ils font, ils deviendront bientôt fous pour de vrai.

D. — Votre sœur a voulu vous dépouiller de votre invention à propos de la roulette?

R. — Oui.

D. — Où a-t-elle fait ses expériences?

R. — Je n'en sais rien. C'est dans la rue que j'ai entendu des personnes qui passaient et qui parlaient de cela. Elles disaient : « Oh ! elle perd; elle gagne; elle gagne encore; elle a encore perdu. » Alors j'ai demandé à diverses personnes où se passaient ces expériences, et aucune n'a pu me répondre. D'ailleurs ma sœur m'a avoué tout cela.

D. — Votre sœur est riche ?

R. — Naturellement ; elle a des millions et elle se sert de la toute-puissance de l'or. Elle tient par exemple les concierges par le syndicat.

D. — Quel métier faites-vous ?

R. — J'étais employé de commerce dans la commission. Il y a deux ou trois ans j'étais employé de commerce dans les Pilules Pink. Mais je me suis toujours occupé de mathématiques; et il est maintenant bien certain qu'à la roulette on peut toujours gagner sans jamais perdre.

D. — Avez-vous joué vous-même?

R. — Non; j'ai passé huit jours à Monte-Carlo, mais on s'est toujours arrangé pour m'empêcher de jouer ; c'est mon père qui s'est chargé de jouer pour moi et il m'a joué la comédie.

Ma mère et ma sœur ont un genre de folie; vous qui êtes médecin aliéniste, vous savez qu'il y a plusieurs espèces de folies; elles ont la monomanie de l'or.

20 octobre 1909. — « Je veux vous raconter les choses qui me sont arrivées à la Santé, à Sainte-Anne et enfin ici.

« A la Santé, j'avais sur moi une lettre qui gênait beaucoup ma sœur et qui m'aurait été très utile pour mon procès. Or elle a disparu.

« A Sainte-Anne on m'a littéralement assommé ; on m'a donné à boire de l'infusion de gentiane et deux ou trois heures après je me suis endormi d'un sommeil extrêmement lourd ; vous comprenez bien que ce n'est pas naturel ; et puis quand je suis parti, l'infirmier a enfermé le paquet de gentiane sous clef dans une armoire, en me regardant : il voulait dire que c'étaient des choses dont il ne faut pas parler.

« Enfin, ici, j'ai voulu prélever de mes matières fécales pour qu'on les analyse et qu'on voie bien que ma sœur et ma mère m'ont drogué. Le premier jour, pendant que j'étais aux cabinets, il y a un espèce d' imbécile qui simule très bien l'imbécile — car tous ici jouent très bien leur rôle de fous — qui est venu brusquement tirer la chaîne, de sorte que les matières se sont en allées. Le lendemain j'ai pu prélever des matières qui étaient toutes décomposées avec une odeur chimique et je les ai mises dans un papier dans ma poche. Or, pendant la nuit, les espions que ma sœur a placés ici sont venus triturer ces matières pour qu'on ne puisse plus y trouver de drogue. Car il faut vous dire que je suis dans une jésuitière ici ; et le plus drôle, c'est que ma sœur qui est une libre-penseuse, qui n'a même pas été baptisée, est maintenant dans les mains des curés à cause de cette histoire de jeu qu'elle m'a volée. »

Le malade dit qu'il a pu enfin prélever de ses matières fécales et en apporte un échantillon dans un papier pour qu'elles soient analysées.

11 novembre 1909 :

N'a pas reparlé de ses matières.

Nullement réticent.

Conviction absolue.

15 mars 1910. — Le malade désire monter une salle de jeu à la V• l• : il va écrire au directeur pour savoir dans quelles conditions il pourrait installer cette affaire.

D. — Folie systématisée de jalousie.

Enfin voici une femme qui a présenté une folie de jalousie et de persécution avec interprétations seules, qui ne paraît pas liée à l'alcoolisme.

Folie de jalousie et interprétations seules. — Mme Vid..., sans profession, entrée à la Salpêtrière, le 1er septembre 1898, à l'âge de 33 ans, sortie le 30 novembre 1898.

Renseignements fournis par le mari.

Mariés en 1887. Sa femme paraissait plutôt intelligente (ce qui est inexact). Elle était cuisinière dans une maison bourgeoise. Bien portante alors.

Son père s'était remarié deux fois. Mère morte suite de couches.

Un frère qui, par suite de mauvais traitements, serait devenu bizarre. Un autre frère normal.

Le mari a un frère, bijoutier, marié.

La femme de celui-ci prend parti pour la malade.

Le frère aurait voulu prendre chez lui les enfants de la malade en l'absence de leur mère, pour qu'ils ne soient pas mis au dépôt; mais ce frère ayant lui-même sept enfants, sa proposition n'a pas été acceptée.

Douze ans de bonne entente dans le ménage ; mais la femme avait une tendance à la jalousie. Cinq enfants; pas d'envie durant les grossesses, ni de délire à l'acouchement. Pas d'excitation spéciale au moment des règles.

Ne faisait pas d'excès de boisson. Pas de réveils brusques la nuit.

Quelques crampes nocturnes ; tremblement des mains il y a quatre ou cinq ans.

Tempérament calme, « trop calme » (dit le mari).

Pas spécialement gaie, pas orgueilleuse.

Très réservée, trop réservée au dire du mari. Ne sortait jamais beaucoup. Les enfants sont nés en 1888, 90, 92, 94, 96.

Pas difficiles à élever, mais toujours très bien soignés par la mère.

N'a pas pu nourrir l'avant-dernier (une fille).

Début de la maladie il y a quatre ou cinq ans.

Dans la rue, disait à son mari : « Pourquoi cette femme te regarde-t-elle? »

Scènes de jalousie à propos de la blanchisseuse, de la bouchère, etc. et une fois rentrée persistait dans son opinion, faisait une scène.

Il y a quatre ou cinq ans, se plaint de cauchemars, de maux de tête, disait : « Je crois que je deviens folle » et pleurait en pensant à ses enfants. A cessé bientôt de parler à son mari de ses cauchemars et maux de tête.

Le médecin, appelé quelque temps après le moment des cauchemars (trois mois après?) et uniquement parce qu'elle « déraillait », constate des tremblements chez la malade; celle-ci craignait de laisser tomber les objets, disait avoir mal à la tête. Le médecin la trouve très surexcitée. Elle ne s'est pas alitée.

Reproches habituellement adressés à son mari : avoir des maîtresses, jouer aux courses, etc. Quelquefois convenait après coup que ses paroles étaient sans importance; de même disait avoir adressé à telle personne telle parole sans intention de la blesser. sans sous-entendu, sans arrière-pensée.

La malade accuse son mari de coucher avec la concierge (celle-ci est mariée, est âgée de plus de 40 ans, et a un fils de 18 ans). Elle fait une scène à cette concierge, l'accusant de coucher avec tout le monde pour 20 francs. Elle lui jette des pierres du haut de son balcon; dans sa colère brise divers objets dans son propre logement, carreaux, etc., et frappe les murs à coups de marteau. Cette scène a lieu en juillet 1898.

Le mari a été mis trois fois à la porte de ses logements, à cause du bruit que faisait sa femme; elle accuse toutes les concierges successivement de coucher avec son mari, quoique toutes fussent d'âge plus que mûr.

Elle accuse les autres personnes de la maison; les hommes sont des « maquereaux ». Elle accuse devant d'autres personnes, et en présence des enfants, son mari d'avoir avec elle des rapports contre nature. Elle a dit à son mari, qu'il violait des enfants.

Elle devient menteuse, alors qu'elle ne l'était pas auparavant.

Elle disait aux enfants : « N'est-ce pas, vous avez vu votre père se faire.... la q... et se faire lécher le... par la mère Morisot ? » Elle criait du haut du balcon : « Va donc, avec ta q... à p... »

Son mari a voulu l'empoisonner avec du sulfate de cuivre; on a mis de l'ordure sur son paillasson pour l'empoisonner.

On frappait exprès contre sa porte pour la déranger, et tout le monde dans le quartier a entendu.

La concierge avait aussi frappé en balayant.

Elle suit son mari le matin à sa sortie, le rattrape et lui dit : « C'est non », sans vouloir s'expliquer autrement, puis s'en retournait ; et ce, à plusieurs reprises.

Elle mène une fois son mari chez le commissaire, accuse son mari de ne pas nourrir ses enfants, de les maltraiter, etc. Le commissaire remarque que les enfants sont frais et bien tenus, demande si on les bat, ils répondent oui avec hésitation, la mère intervient et leur commande de montrer comme une trace de coup un bobo que porte un des enfants.

Le commissaire veut parler au mari en particulier, la femme veut les suivre, sans quoi « ils comploteraient contre lui ». Le commissaire demande si elle est ivre ou folle.

Depuis, elle a écrit au commissaire, mais n'a pas été le retrouver.

Le mari l'amène à la consultation du docteur Dejerine, le 20 mai, pour faiblesse générale. Elle avait maigri, ne dormait plus du tout depuis un an ; elle entre dans le service de l'infirmerie de la Salpêtrière.

Le mari est venu la voir deux fois par semaine ; il est bien reçu d'abord, puis de nouveau injurié. Elle l'accuse de complicité avec la surveillante. Elle lui dit de faire des réparations de bijoux pour la surveillante, qu'il ne connaissait pas encore, et pour l'infirmière; après quoi elle lui reproche d'entretenir les dites personnes.

Septembre, octobre, novembre. — Observée dans le service, Mme Vid... se revèle une grande débile. Elle n'a aucun signe d'alcoolisme. Elle conserve obstinément les mêmes interprétations délirantes indiquées ci-dessus, qu'elle dissimule maladroitement à certains jours, qu'on finit par lui faire avouer à d'autres. Elle accuse en outre son mari de l'avoir empoisonnée avec du sulfate de cuivre qui aurait été mis dans de l'eau d'orge ; cette eau lui aurait brûlé la peau. Elle suppose que c'était du sulfate de cuivre, bien qu'elle n'en ait jamais vu chez elle. Cette eau lui auraitdonné la colique à elle et à ses enfants. Son mari lui ayant apporté du vin ici, elle l'a bu, avoue-t-elle, sans crainte. Elle prétend que son mari avait avec elle des rapports contre nature la nuit, bien qu'elle n'ait jamais rien ressenti et qu'elle ne se soit pas réveillée.

Elle reçoit tantôt bien, tantôt mal, son mari, qui vient la voir régulièrement. Elle se préoccupe beaucoup de ses enfants qui sont au Dépôt. En novembre elle paraitmoins sûre queson mari l'ait ainsi trompée et, comme elle paraît de plus en plus tourmentée de ne pas voir ses enfants, et de les savoir au Dépôt, je la laisse sortir.

Pendant plusieurs années à la suite, j'ai reçu de Mme Vid... de nombreuses lettres où elle se plaint de nouveau de son mari ; elle menace de se suicider si cela continue. Dans une de ces lettres elle a accusé aussi la surveillante du service Rambuteau de l'avoir séquestrée et elle menace de la tuer. Puis ses lettres

s'espacent; le mari meurt, elle continue à m'écrire pour me tenir au courant de ses faits et gestes; il apparaît qu'elle déménage fréquemment, qu'elle fait un peu tous les métiers. Ces lettres écrites dans un mauvais français (elle est Allemande d'origine) dénotent un décousu complet dans les idées et une faiblesse de jugement dont je crois inutile de donner des exemples.

A côté des délires de persécution, soit purs soit mixtes, décrits jusqu'ici, il y a trois autres sortes de délires plus rares, qui peuvent se montrer à peu près purs chacun, c'est-à-dire avec prédominance d'une espèce d'idée délirante, je veux dire la folie mystique, la folie hypocondriaque et la folie des grandeurs.

E. — Folie systématisée mystique.

Celle-ci, qui s'accompagne toujours d'idées de grandeur appropriées, a, quand elle est bien typique, une marche systématique relativement analogue à celle de la folie de persécution : d'abord l'inquiétude religieuse, puis la période d'état avec hallucinations de la vue surtout, enfin idées de grandeur, prophétisme, fondations de religion, etc. (quelquefois avec des idées de grandeur peu apparentes ou des idées de persécution), enfin période de stéréotypie du délire et rarement affaiblissement intellectuel. L'érotisme est fréquent. Très systématisée ou mal systématisée l'évolution de la folie mystique peut être jalonnée par des périodes de stupeur, d'extase, de rêve plus ou moins cohérent, qui ont une grande influence sur les idées et les actes du malade, car c'est surtout à ces moments qu'il entre plus étroitement en relations avec les personnages divins ou les saints, etc. Bien qu'en règle il y ait toujours des hallucinations visuelles, j'ai pourtant vu chez un paysan débile, un cas, mal systématisé d'ailleurs, où il n'y avait que des hallucinations auditives.

Je rappelle l'observation de Lef..., fou mystique que j'ai déjà cité pages 128 et 169, et qui, à l'entrée dans le service, a présenté une phase de stupeur pendant quelques jours. Cela est à noter, car cela est fréquent chez les mystiques ainsi que l'extase. Pendant cette phase il a vu Satan, qu'il décrit fort mal d'ailleurs.

D.— Comment est-il?

R. — Je sais que je reconnaîtrais sa tête, mais pas son âme.

D. — Avait-il une queue, des cornes?

R. — Je le reconnaîtrais; je l'ai vu au coin d'une fenêtre dans cette maison.

D. — Quand?

R. — Hier.

D. — Il vous a parlé ?
R. — Non, c'est une vision que j'ai eue.

Folie mystique et de grandeur chez un débile.

Rob..., employé de chemin de fer, entré à Bicêtre le 6 avril 1904.

Je n'ai pas de renseignements sur les antécédents du malade dont la famille est en province. Je ne sais pas non plus très exactement quel état mental a présenté R... au commencement. Quelque temps avant son entrée, il avait été se jeter sous un train, ainsi qu'il me l'a dit et comme il le décrit un peu autrement dans une des lettres reproduites ci-dessous. L'amputation du bras droit fracassé par la locomotive avait dû être pratiquée.

A Bicêtre, il a été considéré par les uns comme un mélancolique (?) et par les autres comme un débile avec hallucinations multiples à teinte mystique de l'ouïe et de la vue, la sainte Vierge lui étant apparue à plusieurs reprises. Il est possible qu'il ait eu des idées d'auto-accusation, dont on trouve trace dans une lettre, adressée à Pie X, reproduite plus bas. A-t-il eu un début à allure aiguë accompagné de stupeur plus ou moins marquée, coupée d'agitation, agitation qui a été notée, ou le traumatisme subi a-t-il amené quelque complication de stupidité surajoutée ?

Pendant tout le temps que j'ai pu examiner le malade depuis le 1er janvier 1906, il m'est apparu comme un débile très marqué, s'expliquant mal quoique très prolixe à certains moments et réticent très souvent. Je n'ai pu avoir par lui d'autres détails que ceux des dernières visions qu'il ait eues et qui paraissent remonter à quelques mois avant 1906. Il paraît avoir un délire assez mal systématisé, mais qui évolue vers la grandeur multiple, comme on le verra par ses écrits et par ce fait qu'un jour, le 13 mars 1906, il est venu à la visite dans mon cabinet avec un galon sur la manche. Bien qu'il ne veuille pas s'expliquer sur ce galon, ce symbole doit être en rapport avec l'idée qu'il est lord Roberts (le général anglais), car il entend des personnes l'appeler lord Roberts sans qu'il sache pourquoi. A plusieurs reprises il parle de visions qui paraissent peu nettes. Il prétend pourtant qu'une nuit on a tiré sur lui avec des boulets rouges dont il a senti le vent et entendu le bruit. J'ai déjà cité ce fait (p. 121). Il mélange Neptune, Titania, déesse des Enfers, avec la Trinité, etc. Mais il revient souvent sur une vision où il a vu écrit sur le mur : « Tu crèveras, condamné à mort, je te donne mon cœur » ; il a dessiné sur un papier la disposition de l'apparition qui comprenait le Père, le Fils, le saint Esprit, Dieu l'être Suprême, enfin un cœur vert à part. Je n'ai jamais pu lui faire bien préciser les personnages divins. Enfin il réclame incessamment sa sortie, il écrit aux autorités, il est violent et agressif par moments, avec agitation; il poursuit la surveillante de l'infirmerie de ses déclarations érotiques ; il lui adresse des lettres incandescentes. Il fait aussi quelques dessins symboliques.

Je donne maintenant textuellement quelques-uns de ses écrits (de la main gauche) qui le feront mieux connaître.

« Léon-Pierre-Marie Rob..., Hospice de Bicêtre.

« A Sa Sainteté Pie X,
« Sainteté Inoubliée.

« Dans quel but, ce message, j'ignore, cependant... loin de considérer la reli

gion catholique, pour ce qu'elle n'est pas, j'ose m'adresser à votre grandeur. Victime de l'Esprit, plutôt de que l'imprudence, à la compagnie de chemins de fer de ..... Tout cela à cause, que je ne pouvais me rendre auprès de votre sainteté confesser une faute dont le poids ne pouvait être supporter, je voudrais savoir ou je dois en venir! étant en prison, n'ayant eu comme tribunal: Que le tribunal Céleste, Recevant du ciel, nombre de Visions que Jeanne D'Arc, n'a pas eu l'honneur de recevoir, pour subir la souffrance du bûcher. N'osant continuer, ne pouvant me rendre à Rome, j'ose vous demander un envoyé spécial.

« Recevez Grandeur Toute Puissante, l'hommage de la Justice, dont je me suis acquise.

« Serviteur dévoué. »

« L. R. »

Le sieur Léon R..., Ve Division, Ire Section,

« A Monsieur le Docteur,

« Monsieur le Docteur,

« J'ai l'honneur de vous informé que n'étant pas jaloux de mes semblables, à qui vous avez le pouvoir, quand Dieu le dispose d'accorder un jour de permission par mois ; je me permet de soumettre à vos yeux ce que je suit : Depuis deux ans que je suis transféré de Sainte-Anne, j'ai fait toutes les démarches possibles pour sortir de l'hospice. M. le docteur F..., ayant signé ma sortie, lorsqu'il était encore au service à la Ve division, avait trouvé drôle que l'administration; ne m'avait pas remis en liberté. N'ayant subi aucune condamnation, étant le père de deux petits garçons; tuteur d'un demi-frère et d'une demie-sœur demeurant 5, rue P.... XVIIe arrondissement. Voyant que mon séjour se prolonge ici en esclavage, j'ose vous adresser cette requête pour qu'une suite favorable me soit donnée.

« Condamné A Mort; par l'être suprême : « Secret que je ne devrais confier à personne, mais que je me vois obligé de vous communiquer, puisque je suis forcé d'en arriver là. » Ayant plustôt cru être envoyé de Dieu à Bicêtre pour ... que pour y subir une séquestration, que je ne veux pas qualifier d'arbitraire, je vous prie de me faire sortir le plus vite que vous pourrez et jugerez nécessaire, ayant des affaires urgentes à régler. J'espère monsieur le docteur, ne pas être forcé d'écrire à un avocat et j'espère que Dieu, me permettra, pas désormais, plus longtemps une injustice à mon égard. »

« Recevez, monsieur le Docteur, mes civilités empressées.

« Bien à vous,

« L. R. »

« Bicêtre, 2 mars 1906

« Le sieur Léon R..., Hospice du Kremlin-de-Bicêtre.

« A Monsieur le Directeur du *Petit Journal*, 61, rue Lafayette.

« Au nom de DIEU ÊTRE SUPRÊME.

« Monsieur le Directeur...

« Au nom du Père, au nom du Fils, au nom du Saint Esprit, ainsi soit-il...

« J'ai l'honneur de solliciter de votre haute bienveillance, l'intervention de votre pouvoir, pour sortir de l'Hospice de Bicêtre, où je suis séquestré illéga-

lement, depuis trois ans ; c'cst-à-dire depuis le 6 avril 1904 ; jour de mon arrivée à la dite hospice; vcnant dc la clinique Saintc-Anne; où j'avais été conduit, par mon frère et d'où j'avais demander à sortir me trouvant mieux.

« Monsieur le Directeur; en ce qui me concerne... Dieu seul sait tout; mais je suis forcé de revenir sur le passé, pour vous mettre au courant d'une partie de mon existence...

« Monsieur, je vous dirai que je suis le fils de Monsieur Pierre R..., décoré de la Médaille militaire chauffeur de 1[er] classe; à la compagnie des chemins de ferde ...., martyr du déraillement du train expresse...., accident arrivé dit-on par excès de vitesse, le....... A la mort de mon pauvre père, j'étais âgé de 11 mois, depuis lorsque j'ai eu l'âge de raison; j'ai toujours esenti un éternel chagrin.

« Entré à la compagnie de ...., pour y faire mon avenir, j'eus le malheur de rester veuf, avec deux petits enfants, découragé, séparé de tous, je résolus de mourir, comme mon père : le 7 juin 1904, j'étais considéré par mon chef de dépôt, comme malade, le 8, je voulu reprendre mon service, et je fus trouvé mon chef, mais celui-ci pour toute réponse, me dit que je n'étais pas en assez bonne santé; alors au lieu de sortir, par le concierge, je me dirigeai par la gare de marchandises de ...., mais pour atteindre, cette dite gare, il fallait que je traverse les lignes principales; à ce momcnt un train de Paris-Saint-Lazare, se dirigeant à Paris-Nord, arrivait à la vitesse de quarante-cinq kilomètres à l'heure; en levant les bras vers le ciel et en pensant à Dieu et en disant (comme mon père) je me trouvait planté devant ce cheval de fer, qui me trouvant comme obstacle me donna un coup de fatal.

« J'allais être réduit en miettes quand par un miracle, j'échappai à la mort j'eus seulement le derrière de la tête fracassée; la main droite écrasée et des contusions multiples au bas du dos. « J'ai mérité la Croix de la Légion d'honneur », du moins Dieu me l'éclair...

« Je fus ramassé, par quatre ouvricrs charrons, du dépôt de locomotives de ...., qui me transportèrent à l'Hôpital Beaujon, où je reçu les soins nécessaires.

« Soigné et amputé du bras droit, à l'Hôpital Beaujon, je restai quatre jours dans le coma; je revins à la vie et renaît à la lumière, de retour à la convalescence, je fus envoyé à Vincennes, je revins à Beaujon, puis chez moi où je demeurai 5, rue P.... Mais, me trouvant désoricnter, je fus conduit à la clinique Sainte-Anne ; et transféré sur l'Asile de Bicêtre, où je suis actuellement.

« Mon accident arrivait donc le 8 janvier 1904, et j'entrai à l'Asile de Bicêtre le 6 avril de la même année.

« Depuis pour sortir j'ai fait toutes les démarches possibles qui suivent et qui ne sont pas rester sans résultat, mais qui n'ont pas donné suite; à ma seule et unique demande.

« J'ai envoyé ma demande aux Messieurs ci-dessous :

« A Monsieur le Préfet de Poliee.

« A Monsieur le Préfet de la Seine.

« A Monsieur le Président du Tribunal Civil.

« A Monsieur le Président de la Ligue des droits de l'homme et du eitoyen.

« A Monsieur le Directeur général de l'Assistance publique.

« A Monsieur le Directeur de l'Hospiee de Bicêtre.

« A Messieurs les docteurs Aliénistes.

« Une lettre envoyée à Monsieur le Préfet de Police, fut au ministère de l'Intérieur, deux envoyés de celui-ci se déplacèrent et vinrent parlementer avec moi (Monsieur Clémenceau en personne, je crois.....)

« Monsieur, je suis âgé de trente ans, père de deux garçons, à charge de ma belle-mère, peu aisée ; madame Vve N..., demeurant à S... (Maine-et-Loire.) tuteur d'un frère et d'une sœur, demeurant dans mes meubles, 5, rue P...; pour ces divers raisons, je désirerai revoir mes enfants et apporter mon concours à les élever..... N'étant plus aliéné, mais maintenu quand même par l'administration de l'Assistance Publique, dont je ne connais pas la raison; je vous serai bien obligé de prendre fait et cause, pour un père de famille, qui serait, très heureux, de retrouver la liberté perdue et jouir après complète guérison de la vie de famille.

« Je n'ai jamais subi de condamnation.

« J'ai envoyé aussi deux requêtes à Monsieur Maître Henri R..., Avocat, mais je n'ai reçu, aucune réponse, crois que si l'administration générale, ne veut pas céder, un procès serait peut-être possible entre elle et moi, pour le préjudice, qu'elle m'a portée depuis trois grandes années.

« Monsieur, je me demande, serait-ce parce que le Roi de l'Univers, m'a apparu, que je serai interné ; soumettant à mes yeux les écrits mystérieux qui suivent :

« 1° CONDAMNÉ A MORT.....

« 2° TU CRÈVERAS.....

« 3° JE TE DONNE MON CŒUR.....

« Pourtant interné, je sors en rêve, comme roi de l'univers, je veux dire au nom de notre notre Sainte et « Nouvelle Eglise :

« DIEU ÊTRE SUPRÊME

« DIEU PÈRE

« DIEU FILS

« DIEU St ESPRIT

« ET UN CŒUR VERT TRÈS BIEN REPRÉSENTÉ.

« Monsieur le directeur du *Petit Journal* c'est de la main du cœur, que je viens de confier au papier, ce que je viens d'écrire; écrits qui concernent surtout la FRANCE..... (SECRETS). J'espère que les choses n'en resteront pas là lorsque vous aurez pris connaissance de mon humble supplique, je voudrais bien voir un journaliste de votre administration (un lecteur du *Petit Journal*). Espérant, et comptant sur votre bonté, daignez je vous prie, reçevoir monsieur le Directeur, mes sincères remerciements, mes salutations et l'expression de ma profonde reconnaissance

Votre Tout Dévoué

« L. R.

« ESPRIT-SAINT... EX-ROI DE FRANCE (CACHÉ...)

« Pensionnaire. Hospice de Bicêtre, V^e division, 1re section.

« Colonnes de Bicêtre. Chambre privée, N° 13.

« Kremlin de Bicêtre.

« Rue du Kremlin 78,

« Banlieue de Paris.

« Seine »

« Paris-Batignolles, 5 rue P..., XVIIe Arrt

« Dimanche 16 septembre 1906

« 1^{h} soir

« Ma chère Amie,

« Mademoiselle, je me permet de confier, au papier ces quelques lignes, car quel que soit la séparation que votre congé veut en m'éloignant de vous que j'aime tant, je ne peu résister au désir de vous écrire. Si, mon cœur a parfois une douleur, assez cruelle que rien ne peut empêcher si ce n'est qu'en pensant à vous, et en vous aimant comme je n'ai jamais aimer que la souffrance s'apaise ; car sachez le si je ne vis que pour vous et par vous ; c'est que cette amour scellée dans tout mon être, sera toujours un amour sincère que rien ne peut surpasser, Puissiez-vous me comprendre, Mademoiselle et apporté à celui qui vous adore le serment du drapeau tricolore septentrional.

« Attendant, mon aimée, en vain le bonheur d'être libre, je reste pour vous mon adorée, un ami unique et sincère au lieu d'un martyr.

« Chouchoutée, quand je suis auprès de vous, il me semble que nos deux cœurs n'en font qu'un. Toute mon amour, chère Miette, s'est portée vers vous, cette amour, si juste qui brise le cœur, apportera sans doute pour soulager ma douleur cruelle et quelquefois jalouse, l'amour et la tendresse que j'attends de vous et avec qui j'aurai voulu partager ma noble existence.

« Depuis, deux ans que j'ai eu le bonheur de vous voir, pour la premières fois, votre chère image ne m'a pas quitté de l'esprit. Depuis, je vous aime en silence et reste muet et pensif en songeant à l'avenir. Si le bonheur, nous avait réunis il y a quelques années, comme nous aurions été heureux, et ce temps écouler ou nous nous sommes rencontrés dans la vie restant serein m'a fait penser bien souvent au bonheur perdu et aux douceurs de la vie; qui se sont envolées pour ne plus revenir.

« Plaise à Dieu, que l'avenir nous réserve, un bonheur inconnu et nous unisse dans l'autre monde pour une éternité.

« Il y a quelques jours, j'ai demandé la permission à Monsieur C. de descendre vous voir, mais celui-ci n'étant pas prévenu n'a pas pu accéder à mon désir, ni m'accorder cette faveur,

J'espère Chère Miette, que vous m'aimez toujours bien, si par malheur votre aimable personne voulais que vous ne m'aimiez plus, je prierai Dieu afin que vous fussiez assez bonne de me le faire savoir et comprendre, au moins la douleur serait plus vive au moment où je recevrai le message, mais peut-être plus douce vers l'avenir, sur laquelle j'ai basé mes espérances. Bonne santé et bonne fin de congé. Que m'importe le destin puisque je vous aime, à la vie, à la mort..... toujours.....

« Recevez, mademoiselle, de celui qui vous aime et vous aimera toujours ses plus tendres baisers.

« Léon Chouchouté.

« Léon R., pensionnaire, hospice de Bicêtre.

« 5e division, 1re section

« 78, Rue du Kremlin, 78

« Paris.

« (Seine.) »

Colonnes de Bicêtre, 29 juin 1907.....
« Cellule N° 13.

« Docteur, par la parole et votre audace,
« Vous m'avez blesser d'honneur pour l'Alsace.
« J'ai le droit de me remarier.
« Grâce au code français de Napoléon 1er.

« Monsieur.....

« Je n'ose vous l'écrire, monsieur Chaslin,
« Il faut tous, dans le droit chemin
« Faire un métier, vaille que vaille
« Ou de l'esprit ou de la main.

« Nous travaillons de l'esprit, vous vivez à notre détriment, ce qui n'est pas permis, ça finira Monsieur l'aliéniste, vous n'abuserez pas toujours des braves gens aussi honnête que vous puissiez l'être. Quoique en deuil, j'ose vous écrire ainsi; ma mère restée Veuve avec mes deux petits enfants a besoin de ma présence, étant peu aisée pour les élever; je n'ai subi aucune condamnation, je suis juste et la bonté même.

Vous me considérez comme aliéné et je ne le suis pas.....·Dieu sait tout, la commission dernière, qui a passer, n'a pas mis opposition à ma sortie, pourquoi me gardez-vous, la force reste à la loi, mais le droit prime la loi : de quel droit m'empêchez-vous de travailler.....

— Pourquoi me gardez-vous, c'est l'histoire de me nourrir, pour soigner les aliénés, il y a trois ans que je travaille et je ne suis pas payé, je ne suis pas un fainéant et je n'aime pas rester à rien faire, je veux travailler ou être transférer.

« Je regrette beaucoup monsieur le docteur aliéniste Chaslin, ne trouvez pas drôle d'être, après toutes les démarches que j'ai faites, d'être condamné à mort par le tribunal de Dieu... Etre Suprême, pour injustice et séquestration arbitraire! Vous êtes inculpé, par N. S. J. C. et le grand S. Léon, patron de la religion catholique...

« Monsieur, vous m'avez un peu trop questionné, pour que les choses en reste là sans doute que vous voulez tout savoir, et vous n'en avez pas le droit.

« Je suis père de famille, et vous n'avez pas le droit de me séquestré, l'honnête société, ne permet pas cela ainsi que la loi de 1838, de garder des gens honnêtes, sous les verroux, et de les nourrir à ne rien faire...

« N'oubliez pas monsieur, que je suis reconnu, par la préfecture de la Seine pensionnaire à l'asile de Bicêtre. Envoyé de Dieu de la clinique Sainte-Anne. Je vous salue...

L. R.

« P. S. Monsieur, je vous ferai remarquer, que vous m'avez dit devant Mr les internes, que j'étais amoureux de mademoiselle N... surveillante à la dite hospice. A DIEU. ESPRIT-SAINT, rien n'est caché, et si Dieu, a daigner nous unir secrètement, je sais pourquoi et cela ne vous regarde nullement, à moins que ce soit votre droit. Pour, ces raisons, je demande à monsieur Chaslin à être transféré à Nanterre ou ma sortie immédiate étant placement volontaire.

« Recevez, Monsieur, mes salutations empressées ; au revoir et merci... monsieur Chaslin...

Lord Roberts.
Louis d'or...

« COQ D'OR, COQ GAULOIS... SOCIALISTE UNIFIÉ. »

Le délire ne paraît pas très systématisé chez ce malade et les visions n'ont pas l'ampleur et la précision des beaux cas. Les préoccupations érotiques sont extrêmement marquées par contre.

Le hasard m'a mis en possession de deux brochures dont il sera instructif de citer quelques passages, car elles sont l'œuvre évidente d'un fou mystique très complet. On y verra jusqu'où peuvent aller ces visions, la complexité, la grande extension du délire avec système, roman mystique, invention d'une nouvelle religion ou plutôt perfectionnement du catholicisme, appelé l'adoration supérieure. Cette richesse du délire et la précision des hallucinations font contraste avec la pauvreté des deux précédents malades. L'auteur des brochures est un homme cultivé et instruit. Il faut ajouter pour la compréhension (relative) des citations que le lion, le mouton, la colombe, le crocodile sont des animaux plus ou moins divins et symboliques. Quant à la « patronne bienfaisante », c'est très probablement une hystérique stigmatisée avec laquelle l'auteur a eu des relations d'amour mystique et dont il parle en un autre endroit. L'auteur, d'après son propre aveu, serait resté neuf ans dans un asile.

Folie mystique très systématisée.

Fragments d'une brochure publiée par M. X. de X...

« Je vous invoque, ô patronne bienfaisante, qui, au travers de l'espace divin et obéissant, me communiquez vos inspirations ; j'ai besoin à ce moment de vos conseils, de vos instructions et particulièrement de votre secours vigilant. Tracez-moi, je vous prie, mon itinéraire. Elle me fit alors entendre nettement cette réponse : « Oui, avec mon aide, tu franchiras la mort et le diable, et tu entreras dans le domaine surnaturel et divin. Mais la justice divine exige que tu souffres réellement la douleur mortelle qui amène la dissolution de la vie du mouton. Cette épreuve, si rare jusqu'à nos jours, ne causera pas ta propre dissolution, et ne fera pas de ton corps un cadavre, parce que tu as su garder en toi, malgré de terribles assauts, constamment uni le type lion au type humain. La souffrance qui fait mourir une mouche ne saurait te faire mourir ; combien de fois donc n'exerces-tu pas le pouvoir de la mort? Je te donne, en témoignage de ma parole, le signe de Jonas, demeuré trois jours et trois nuits dans le ventre de la baleine, et ensuite rendu à la vie. Jésus-Christ, prophétisant sa Résurrection, avait invoqué autrefois ce symbole historique et

s'en était fait l'application à lui-même, mais pour toi il aura une autre signification tout aussi légitime, plus voisine de la science naturelle que du mysticisme. Je m'explique. Tout animal amphibie, c'est-à-dire vivant également dans l'air et dans l'eau, jouit de la propriété, lorsqu'il est dans l'eau, de faire mourir par étouffement les types d'êtres aériens, et lorsqu'il est dans l'air de faire mourir par pâmoison les types d'êtres aquatiques. Ainsi la mort possède des représentants dans le monde de la vie naturelle, et la mort est vivante par leur moyen. Grâce à mon pouvoir sur l'espace invisible, j'emploierai pour ton service un crocodile du Nil qui restera plongé dans le fleuve pendant toute la durée de ton voyage spirituel, et tu seras uni mystérieusement et substantiellement avec le crocodile, et par conséquent avec la mort.

« Quels liens on peut imaginer, même expérimentalement, entre les phénomènes de l'hypnotisme qui t'ont si fortement intrigué et le fonctionnement de la vie des amphibies, je ne t'en parlerai pas, tu chercheras plus tard. En même temps, un mouton sera encore compris dans cette union d'êtres à distance, dans cette télépathie. Le crocrodile le fera réellement mourir, le mouton jouira de sa dissolution, et c'est toi qui souffriras à sa place. Tel est le lien mystérieux et de justice divine que je vais établir entre nous. Ensuite je n'aurai plus, sur ta demande, qu'à remplir vis-à-vis de toi le rôle de l'hypnotiseur et à commander à ton âme de sortir, et tu voyageras librement à ta guise. Ne te préoccupe pas des curiosités des personnes de ton entourage par rapport à ton corps abandonné, car personne ne s'apercevra que ton âme est envolée, et le milieu ambiant et invisible qui t'aura remplacé imitera parfaitement ta vie ordinaire. Quand tu reviendras, tu te souviendras, et tu écriras. »

« Une nuit donc, muni de toutes ces assurances réconfortantes et après l'accomplissement de toutes les prescriptions qui m'ont été faites, je me suis senti envahi par un sommeil invincible, un sommeil africain. Et alors s'est passé tout ce qui m'avait été prédit; j'ai éprouvé une agonie cruelle sans que mon corps soit cadavérisé, j'ai ressenti le papillonnement funèbre, j'ai vu se séparer de moi une substance noire et morte avec la figure typique du mouton, que j'abandonnais au crocrodile; puis mon âme sur un appel mystérieux s'est envolée libre dans les espaces mystérieux. Après avoir été peu de temps dans le noir absolu et dans le froid glacial de la mort, au milieu des contacts pénibles de la matière poussiéreuse, gluante et puante, au milieu des âmes enfouies, comme si je m'enfonçais en terre, voilà que m'arrivent la chaleur et la lumière spirituelles. Je distingue des monstres horribles, des formes mixtes horriblement composées, ridicules, désireuses de provoquer les rires et les moqueries reçues comme des compliments, des damnés épouvantables, des démons effrayants. Ils ressortent tous nettement sur les ténèbres de l'enfer par des accroissements de noirceur. J'entends siffler des vipères, et je vois en frissonnant se dresser des queues de reptiles; de grandes ailes sales de vampires agitent l'air, en répandant des odeurs nauséabondes. Je ne perds pas mon temps, comme fit Dante, à interroger ces ombres qu'un feu intérieur et haineux dévore, bien que j'aie positivement reconnu comme Dante, parmi elles, des personnages fameux sur la terre et de grands criminels. J'avais grande hâte de quitter une pareille compagnie, je m'élevai avec rapidité dans la variété de la vie, et je traversai le purgatoire et la région des âmes mortes. Le nombre en est si grand que l'étendue en est obscurcie et que l'on éprouve les plus grandes difficultées à se mou-

voir : c'est un perpétuel frôlement; mais le spectacle est incomparable d'étrangeté, car elles renferment toutes des lueurs divines d'une intensité et d'une coloration différentes. On croirait assister à une illumination gigantesque. Leur agitation extrême et leurs plaintes remplies de suavité ne manifestent cependant que la bonté et la résignation, et l'on se rend bien compte qu'elles sont en quête de leurs corps. Puis, m'élevant encore, j'abordai une zone extraordinaire : la lumière était heureuse, la sonorité délicieuse, la chaleur était agréable, le contact de toutes choses, jusqu'aux effluves de l'air, était d'une pression douce et caressante. J'eus l'intuition d'être entré en paradis, et en m'avançant j'assistai à des visions étonnantes. Passaient dans l'espace comme des ondes substantielles vivantes, et je reconnaissais facilement aux modes d'agitation, aux rayonnements et aux notes musicales de la substance, qu'elles correspondaient aux différents types d'êtres vivants de la nature. Toutes ces âmes variées et brillantes étaient restées sous la dépendance angélique et sous celle de leurs chefs religieux. Elles trouvaient le vrai bonheur dans ces ondes merveilleuses, mais on devinait en elles une douce prière, que leur corps leur soit rendu, afin de jouir de l'indépendance individuelle. Tandis que je m'arrêtais à admirer ces phénomènes prodigieux, un ange se montra subitement dans mon voisinage avec un aspect glorieux, mais bon enfant et satisfait. Je lui fis signe et lui demandai quelle direction je devais suivre pour arriver jusqu'à Jésus-Christ. Je remarquai qu'il tirait le complément de son unique faculté vivante des ondes qui passaient, et que d'elles lui venaient et sa forme et sa substance humaine. Il m'a laissé l'impression d'un voleur. Il étendit le bras vers un point de l'espace en me disant : Allez toujours vers cette lueur lointaine qui brillera et s'élargira toujours de plus en plus à mesure que vous en approcherez, et malgré la rapidité prodigieuse de votre course, il vous faudra bien du temps avant que vous ayez traversé toute la zone paradisiaque, qui est sous notre dépendance, et que vous ayez atteint le ciel de l'Essence Personnelle et Unitaire de Dieu, où se tient en ce moment Jésus-Christ. » . . . .

. . . .

«..... Enfin, à une faible distance devant moi, sur un monticule éclatant de pureté, se tenait debout, irradié, en pleine gloire, Jésus-Christ lui-même, accompagné de son frère l'archange Michel, et de ses illustres et saints parents, angéliques et humains, Raphaël et Gabrielle, Joseph et Marie. En arrière d'eux, tout près, rayonnait dans une lumière douce une foule pressée de bienheureux, parmi lesquels il nous fut donné et permis de reconnaître saint Pierre, sainte Marie-Madeleine, saint François d'Assise, sainte Catherine de Sienne, bienheureuse Marguerite-Marie Alacocque, sainte Thérèse, sainte Rosalie, sainte Barbe, sainte Cécile, sainte Agnès, sainte Praxède, sainte Lucie, sainte Agathe, sainte Perpétue, sainte Félicité, bienheureuse Louise Lateau, bienheureuse Jeanne d'Arc, sainte Colette, sainte Brigitte, sainte Elisabeth, bienheureuse Catherine Emmerich, sainte Blandine, sainte Philomène, etc., etc., etc. Aussitôt Jésus, m'adressant la parole, me dit : « Je vous salue comme vous nous avez salués ! Quel sujet vous amène dans ces régions lointaines et glorieuses ? Presque toujours les apparitions sont allées du ciel à la terre : expliquez, je vous prie, comment et pourquoi la terre vient maintenant à nous, par votre intermédiaire ? Votre aspect extérieur nous comble d'étonnement, et atteste que vous jouissez personnellement d'une indépendance spirituelle, et que vous n'êtes pas un de mes clients

religieux. Malgré cela, pensez-vous donc que l'on ne sache pas déjà au ciel les vérités qui peuvent vous être révélées rarement sur la terre ? » Pris ainsi solennellement à partie, sur le comment et le pourquoi de ma visite, je répondis : « D'abord je vous suis reconnaissant, ainsi qu'à toute cette belle société, de ce que vous admettez que ma présence ici, devant vous, sur ces sommets du réel, idéal, mystique et divin, n'est explicable que par la permission divine et par le motif d'une mission légitime.

« Une force divine supérieure, atteignant au niveau du type Lion, s'est développée en moi au milieu des tourments et des inquiétudes de la pensée et de la vie terrestre, et m'a mis progressivement et comme logiquement en rapport avec les mystères physiologiques de la mort. J'ai été étouffé au fond de l'eau par un crocodile, mais seulement dans mon âme inférieure, c'est à dire dans la valeur du type mouton dont je suis capable, et ce brave amphibie croit me tenir captif pour dévorer une proie supérieure, tandis que mon âme voyage. Aussi est-il mystérieusement récompensé, en engloutissant un mouton, quoique mystifié, pour ce service exceptionnel, par la puissance qui m'a remplacé dans mon corps, et qui communique avec lui à grande distance. »

« Toutes les dames se mirent à rire de bon cœur de ce bon tour télépathique, et le ciel en fut délicieusement illuminé, mais je n'avais pas cœur à partager cette gaîté divine, car je gardais rancune au crocodile de sa mauvaise agonie, et ne trouvais pas que c'était une plaisanterie. Je poursuivis, encouragé.... »

L'auteur engage une discussion avec Jésus-Christ sur sa nouvelle religion. Celui-ci, irrité, lui dit qu'il est un insolent et proclame que son Eglise suffit bien à tout. A quoi l'auteur de la brochure réplique en disant à Jésus-Christ que l'action de l'Eglise est légitime, mais d'ordre secondaire.

« Il (Jésus-Christ) me répondit, apaisé : « L'action de mon Eglise suffit à toutes les nécessités. »

« Je répliquai : « Je vous le répète et je vous l'ai démontré, cette action est légitime, mais d'ordre secondaire, je veux obtenir de vous qu'elle adhère au mysticisme supérieur, revélé maintenant sur la terre. Obligez l'Eglise à le sanctionner. » Irrité, il répondit : « Vous me menacez de dangers imaginaires, vous paraissez ignorer l'histoire de mon Eglise, j'en ai assez de toutes ces paroles, j'attends les actes avec placidité. — Puisqu'il en est ainsi, et que je n'ai pu vous convaincre de l'avènement d'un mysticisme supérieur, auquel vous serez forcé un jour de vous rattacher, puisque vous attendez la contrainte et que vous me refusez l'adhésion bienveillante, je vous déclare que pour apporter encore plus de lumière et sous l'inspiration qui me dirige je vais publier une vie angélique de Jésus-Christ. Ma mission est terminée, je me retire. »

« Je saluai toute la superbe assemblée, irradiée de dédain divin. Par fatalité divine, tournant à ce moment la tête à ma droite, je vis, ô merveille, sur une ondulation voisine, se dresser les images du Panthéon et du Sacré-Cœur de Montmartre, substantiées dans la lumière idéale divine, et sur le plus haut degré des escaliers du Panthéon, en avant, rayonnait dans une beauté inexprimable la Dame de mes pensées. Elle m'avait donc accompagné, moderne Béatrice, invisible à tous et à moi-même. Elle m'adressa un adorable sourire d'approbation, et me fit un geste impératif de sa main droite. Aussitôt je sentis que je m'évanouissais et que je m'effrondrais; le sol à la blancheur et au parfum des lys avait cédé, et j'étais englouti. Les ombres m'enva-

hirent, je perdis connaissance, combien de temps, je ne saurais le dire; mais après avoir eu la sensation du froid glacial de la mort et la perception du noir infernal, je m'éveillai. J'étais sur la terre, j'avais repris possession de mon corps, je menais aussitôt une vie ordinaire, avec plus de gaîté et d'activité qu'auparavant, au grand ébahissement de mon sympathique entourage. Mais je me souvenais, et j'ai écrit. »

« Le 23 août 1907. »

Je crois qu'il est difficile de trouver un plus beau rêve mystique.

Folie des grandeurs.

Cette folie pure est assez rare. J'en ai vu autrefois, ainsi que je l'ai dit(p. 154), un cas à Bicêtre. Les malades s'affublent généralement de costumes spéciaux, décoratifs, qui doivent donner une haute idée du personnage qu'ils sont. L'évolution est parfois assez régulière et les hallucinations manquent le plus souvent.

Folie hypocondriaque.

J'en ai déjà cité des exemples (p. 162). Je n'y reviendrais pas si je n'avais retrouvé un fragment d'observation qui montre une idée hypocondriaque limitée, une véritable « *idée fixe* » s'étendant seulement à la malade et à ses enfants. Je me borne à cette citation :

Pri..., âgée de 39 ans, entrée le 29 novembre 1898 à la Salpêtrière, sortie, non guérie, le 8 mai 1899.

Renseignements de la sœur complétés par ceux de la concierge et d'une autre sœur.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 51 ans, subitement pendant la nuit (le sang lui coulait par le nez et la bouche); elle avait eu treize enfants : pas de fausses couches.

Grand'mère (mère de la précédente) morte à 61 ans subitement.

Antécédents personnels. — Toujours bienportante, sauf une maladiede cœur qui remontait à douze ans, traitée par la digitale.

Douleurs articulaires, il y a dix ans. Gastralgie.

Deux enfants de 17 et 8 ans (bien portants?).

Jusqu'ici la famille n'avait constaté aucun trouble intellectuel chez notre malade. Celle-ci avait toujours eu un caractère renfermé, peu expansif, mais pas inquiet. Elle était seulement craintive pour la santé de ses enfants. Son mari l'a rendue malheureuse, car il buvait. Elle s'occupait exclusivement de sa famille et d'elle-même.

Début. — Le mari de la malade, qui avait eu une pleurésie deux ans auparavant, commence à tousser fréquemment et à être soigné par sa femme.

La malade devient très inquiéte au sujet de ses enfants : elle craint qu'ils ne deviennent tuberculeux.

En juin 1898, le mari entre á l'hòpital Saint-Joseph. La malade continue á être très inquiéte pour ses enfants et elle-même. Elle voit la tuberculose partout dans sa famille. Elle fait désinfecter chez elle aprés le départ de son mari à l'hòpital. Elle a peur de conduire ses enfants visiter leur pére. Elle porte ses ordonnances à son mari, puis au pharmacien pour lui demander des renseignements sur le diagnostic.

Elle se met à tousser un peu. Elle maigrit (19 kilogr. en trois mois). En juin 1907 elle pesait 195 livres. Elle parle de mourir, « ce qui vaudrait mieux », et de confirmation de la tuberculose après sa mort. L'attitude générale de la malade ne se modifie guére.

Au mois d'août le mari meurt : elle ressent peu de chagrin et se déclare même contente de sa mort. Mais ses préoccupations personnelles augmentent; elle est de plus en plus persuadée que ses enfants et elle-même sont poitrinaires. A plusieurs reprises elle conduit ses enfants au médecin.

Il y a un mois elle a maigri beaucoup. Elle a perdu le sommeil : elle a des cauchemars. La parole devient moins facile : elle bégaye (?). La mémoire semble moins bonne, elle se trompe en parlant.

Elle sent des fourmillements dans les extrémités.

Il y a quinze jours, idées de suicide : mais elle n'éveille pas la suspicion de ses parents.

Tentative de suicide le 23 novembre : elle achète de la digitale au moyen d'ordonnances qu'elle avait (elle est soignée pour une affection cardiaque), et simultanément du charbon de bois. Ce jour-là, avant la tentative, elle était plus préoccupée que jamais. Une surveillance était exercée par la concierge ou plutôt par l'enfant de la concierge, qui ne la quittait guére. La jeune concierge et l'enfant de la malade travaillaient dans la chambre de la malade. L'enfant-concierge vit la malade ouvrir son armoire et chercher un papier, puis descendre précipitamment. Elle avertit sa mère et lorsque la malade revint au bout de quelques minutes, la concierge-mére la contraignit de montrer ce qu'elle avait été chercher (de la morphine et du charbon).

Les jours suivants, elle est triste et regrette de ne pas avoir réussi le suicide. Elle promet de recommencer. Elle fait son testament. Elle fait promettre à sa sœur de faire soigner ses enfants à l'hôpital, car ils sont poitrinaires. Pendant tout le repas elle ne fait que parler de sa propre tuberculose.

Le 25, la malade est amenée à l'hòpital, à la consultation de la Salpêtriére.

État actuel. — Facies anxieux, congestionné, pommettes colorées. La malade a l'aspect vigoureux. Elle pleure facilement, accuse des craintes relativement à son état physique; se dit irrémédiablement malade; prétend ne jamais guérir.

L'idée de toux, de tuberculose pulmonaire, domine toutes ses autres idées, à tel point que la malade, qui a un souffle systolique à la pointe très net, ne s'inquiéte nullement de son cœur. Elle raconte avoir craché le sang à diverses reprises : sang rouge. Actuellement elle va mourir, et ne cache pas l'intention qui la hante d'en finir et d'attenter à ses jours.

Examen somatique :

Rien aux poumons.

Souffle systolique à la pointe du cœur.
Langue saburrale. État gastrique.
Poids: 64 kilogr. 500.

4 décembre. — A reçu la visite d'une sœur et de sa concierge, pendant dix minutes. A parlé avec calme. Puis a pleuré, en ayant crainte pour l'état de ses filles qu'elle croit toujours malades de la poitrine, malgré nos dénégations.

J'ai appris qu'elle avait quitté le service, non guérie, au bout de quelques mois.

Exposé général.

Ainsi donc, dans le vaste champ des folies systématisées chroniques, on peut distinguer un certain nombre de formes ou de types cliniques suivant la prédominance absolue ou relative de telle ou telle idée délirante ou les combinaisons de ces idées délirantes entre elles, suivant les formes de l'évolution, la marche enfin de la folie. Il va sans dire que ces types cliniques ne sont pas des espèces tranchées et qu'il y a de *nombreux cas de transition.* On ne peut décrire que les types les plus fréquents ou les plus intéressants. Je résumerai ainsi qu'il suit leurs caractères principaux communs :

Les *idées délirantes* sont dites *primitives ;* elles apparaissent *comme* le reflet exagéré du caractère antérieur du malade; il n'y a pas transformation du caractère.

Ces folies chroniques *peuvent* suivre *une évolution régulière*, décrite par Falret père, c'est-à-dire se développer très lentement, commençant par une période préliminaire, dite d'incubation ou d'inquiétude; une période d'état; une période de cristallisation ; quelques-unes y ajoutent une période complémentaire faisant suite à la période d'état, et quelques-unesune période de démence, mais celle-ci n'arrive précisément que dans les cas où l'évolution n'est pas très régulière.

Quelle que soitla couleur du délire, ces folies sont « partielles », sauf complication et sauf dans les paroxysmes où il y a souvent grande excitation intellectuelle avec agitation.

Les plus fréquentes sont celles de persécution sur lesquelles j'insiste, puis les folies mystiques.

Le plus beau type est celui dit *type Lasègue-Falret.*

Folies de persécution.

1° Folie a évolution systématique aboutissant au délire de grandeur, type Lasègue-Falret, et folie de persécution systématique complète.

Je réunis ici en une seule ces deux formes, la seconde pouvant

être considérée comme n'aboutissant pas au délire de grandeur, mais la période de persécution étant la même. C'est le type le plus parfait des folies systématiques.

Famille généralement tarée mentalement.

Enfance souvent anormale; caractère soupçonneux, renfermé, personnel, hypocondriaque, parfois susceptible.

Début. — Dans l'enfance parfois ; ordinairement à l'âge adulte. — Lent et graduel; difficile à préciser.

Première période : Période d'inquiétude. — Elle représente l'exagération des dispositions naturelles du malade. Il y a un « malaise intellectuel » (Lasègue), de l'insomnie, des inquiétudes vagues sur les relations du malade avec ses semblables, une défiance généralisée; il lui semble qu'on s'occupe de lui, qu'on le remarque, qu'on le surveille, le menace, ou le méprise. Les paroles d'autrui, les actes d'autrui sont autant d'allusions à sa personne. Il rapporte tout à lui (« egocentricité »). Les illusions de l'ouïe et les interprétations des actes d'autrui se précisent. Il devient convaincu et ce, sans preuve, sans contrôle : il admet *aveuglément* qu'on le persécute; il croit. Sa méfiance s'exagère, il devient dissimulé ; sa conversation est faite de sous-entendus, de réticences : « Vous le savez mieux que moi; tout le monde est au courant », répond-il, quand on le pousse un peu sur ses idées délirantes.

Déjà il y a des réactions :

Réclusion volontaire.

Changement de domicile.

Voyages (persécutés migrateurs).

C'est la passivité, qui reste telle chez les uns (persécutés passifs) ou se transforme en son contraire, l'activité, chez les autres, à moins que ceux-ci n'aient débuté déjà par elle (persécutés actifs):

Plaintes aux autorités.

Actes de violence (contre n'importe qui, le premier venu, parfois, considéré comme un persécuteur).

Deuxième période: période d'état, hallucinatoire. — Les hallucinations de l'ouïe, puis de la sensibilité générale, de la sphère génitale, du goût et de l'odorat apparaissent. Les hallucinations de la vue sont rares, peu précises et sans grande importance. On retrouve ce caractère dans toutes les folies de persécution, sauf lorsqu'il y a complication mystique. L'hallucination de l'ouïe est d'abord élémentaire, puis verbale, réduite à quelques mots, puis développée en dialogues, conversations, etc., avec caractères précis.

Il s'y joint l'écho de la pensée (« Gedankenlautwerden » des Allemands), l'opposition entre certaines hallucinations (attaque et défense), une différence suivant le côté droit ou gauche parfois, des hallucinations psychiques et psycho-motrices avec localisations somatiques parfois, la prise de la pensée, l'impulsion verbale (« on parle par ma bouche »).

Les hallucinations de la sensibilité générale se précisent aussi. Parfois il y a des hallucinations motrices variées. Les hallucinations sont *détaillées*. Il y en a dans la sphère génitale. On voit se produire l'installation des procédés défensifs contre les persécutions, qui sont le contenu de ces hallucinations.

Puis se produisent la systématisation des idées délirantes par la découverte des procédés employés (électricité, rayons X..., téléphone sans fil, etc.) et la systématisation des persécuteurs :

On me persécute devient : *ils* me persécutent (sociétés, etc.), enfin souvent *il* me persécute, et cet *il* est souvent un personnage réel, qui court un *grave danger*, car le malade cherchera à se venger (violences, meurtre), parfois après une longue et obstinée préparation.

Il y a formation de mots fabriqués et des façons d'écrire spéciales.

Le malade fait un retour en arrière dans sa vie, retour délirant, *délire rétrospectif*, et il y a complication fréquente par les idées de défense qui peuvent se systématiser elles aussi.

Quand la folie ne passe pas à la troisième période, le délire cristallise peu à peu, ne s'enrichit plus, devient monotone et dure indéfiniment. Le plus souvent il y a une période de grandeur.

Troisième période de grandeur. — Ces idées de grandeur apparaissent peu à peu, quelquefois brusquement sous l'influence d'une hallucination révélatrice.

Elles peuvent porter sur : la situation sociale; la personnalité même; la puissance; la fortune du malade.

Il y a développement graduel, systématisation et attitudes en rapport avec elles.

Souvent le malade revêt des insignes spéciaux, etc.

Quelquefois on observe la transformation en grandeur des persécuteurs.

La coordination systématique des idées de persécution et de grandeur aboutit à la conception d'un roman pathologique

complet avec délire rétrospectif et langage symbolique, « néologique », difficile à suivre, mais cohérent.

Enfin, avec le temps, la monotonie du délire s'installe, les hallucinations et les réactions diminuent d'intensité et de fréquence; le malade fait preuve d'une certaine indifférence ; bref, un émoussement du délire se fait de plus en plus évident.

Il n'y a pas de période de démence : la mémoire et l'activité intellectuelle sont intactes, jusqu'au bout, sauf complications.

Marche.— Souvent rémittente.

Paroxysmes. — Avec excitation ou anxiété et réactions appropriées, violences, meurtres, plus rarement suicide.

Durée. — De chaque période : plusieurs années ; totale : jusqu'à cinquante-cinq ans et plus.

2° Folies de persécution ordinaires. — A côté de cette forme type on peut rencontrer d'autres folies de persécution plus ou moins bien systématisées avec développement plus ou moins grand d'hallucinations, à évolution plus ou moins régulière, avec ou sans délire de grandeur, apparaissant plus ou moins vite.

Le début peut être variable :

Très lent,

Systématisé d'emblée.

Avec une période tumultueuse analogue à la folie aiguë ou aux paroxysmes qui naissent dans le courant de l'affection.

Quel que soit le type de folie auquel appartient le persécuté systématique, il faut se rappeler, vu leur importance pratique, qu'on y rencontre fréquemment :

La réticence (1).

Les réactions dangereuses pour autrui, mais aussi pour le malade même.

La marche rémittente (qui peut faire croire à la guérison).

La marche avec paroxysmes.

L'arrêt possible de l'évolution par la séquestration.

La contagion.

La *guérison est rare*; souvent il y a une période de démence terminale plus ou moins profonde.

Cette *démence* est d'autant plus *probable* que le délire est moins bien systématisé ou que l'évolution s'éloigne davantage de la forme type. Cette démence *semble être* d'autant plus *intense*

(1) Sauf chez le raisonneur qui n'est ordinairement réticent que dans des circonstances spéciales (voir p. 530).

qu'elle apparaît chez un sujet plus jeune. C'est alors que l'on peut parler de *démence précoce type Morel*, dénomination qui s'applique à tous les faits, où après une période de trouble mental à formule variée, il y a une véritable démence, ce qui la distingue de la démence précoce type Kraepelin, où « l'hébéphrénie », la folie paranoïde et la catatonie n'offrent pendant très longtemps, même chez des sujets jeunes, que *l'apparence* de la démence. Il y a d'ailleurs des cas de passage.

Même chez le vieillard, lorsque la folie de persécution systématique arrive tard, il n'y a pas forcément démence, surtout lorsque la folie a une évolution très systématique ; cette évolution paraît même être précipitée, condensée.

Le *diagnostic* de la forme a peu d'importance, car cela se borne à la probabilité de la démence, mais il faut prévoir l'apparition, pour ainsi dire prématurée, de celle-ci chez les jeunes gens.

Type « paranoia originaria » de Sander. — C'est une forme assez mal systématisée qui débute dans l'enfance et reste toute la vie sans grand changement, et qui peut d'ailleurs être aussi bien d'une autre couleur que la persécution ou être mixte. Elle est assez rare.

Type spécial rare. Folie de persécution avec possession (Séglas). — Il y a grand développement des hallucinations de la sensibilité générale, et des hallucinations psychomotrices, d'où idées de possession et délire de possession, parfois mystiques (et alors hallucinations visuelles), idées hypocondriaques, quelquefois de négation, attaque ou défense, idées de grandeur. Au fond c'est un délire mixte, mais avec une évolution très voisine du type Lasègue-Falret.

3° Types mixtes. — *Folie de persécution mystique.* — Elle peut présenter une évolution très systématique.

Ne pas oublier qu'on a affaire à un persécuté et, en outre, à un mystique (hallucinations visuelles).

Folie de persécution hypocondriaque. — La tournure d'esprit principale est souvent celle du persécuté.

4° Types de persécution sans hallucinations. — *Folie de persécution avec interprétations* (1). — Le plus ordinairement il n'y a guère d'évolution et le délire est quelquefois très limité (*idée fixe*, idée prévalente de Wernicke...). La persécution est souvent aussi

(1) Je ne comprends qu'une partie des cas décrits sous cette étiquette par Sérieux et Capgras.

un *préjudice moral*. Bien que dans les cas purs il n'y ait pas d'hallucinations, mais plutôt des illusions et même rien que des interprétations délirantes, d'où le nom du type, il peut y avoir tout de même de temps en temps de vraies hallucinations (1).

Diagnostic général des folies de persécution systématisées. — 1° Sous leur aspect ordinaire avec :

La folie systématique secondaire (reliquat de l'affection primitive, commémoratifs).

La folie paranoïde (incohérence *extrême* du délire, ordinairement mixte).

La folie aiguë de persécution (tumulte fréquent des idées délirantes et souvent des hallucinations avec excitation).

La folie raisonneuse (pas d'hallucinations, caractère en dehors et raisonneur du persécuté).

Délires alcooliques.. { 1° Délire de rêve (hallucinations visuelles, etc.).
2° Délire de persécution alcoolique (autres signes de l'alcoolisme, début par un délire de rêve, évolution, parfois grandes difficultés.) }

Délire des infections (plutôt délire de rêve, état somatique).

Délire des auto-intoxications (plutôt délire de rêve, état somatique).

Délire épileptique (commémoratifs, évolution, *ordinairement* « flou »).

Paralysie générale (systématisation faible, démence, signes somatiques).

Démence sénile (démence, pas de système).

2° A la période de démence : surtout avec la folie paranoïde (parfois difficile, commémoratifs).

3° Pendant les paroxysmes avec :

La folie aiguë (évolution seule).

La mélancolie anxieuse (pas tant d'idées de persécution ni d'hallucinations, évolution; parfois diagnostic très difficile en l'absence de renseignements).

La folie paranoïde (plus incohérente encore, sans réactions).

(1) Il y a des formes de passage, il ne faut pas l'oublier.

Folies systématisées autres que celles de persécution.

Folie systématisée d'auto-accusation. — C'est celle qui peut le plus donner lieu à erreur avec la *mélancolie*. Pour le *diagnostic* se souvenir que dans cette dernière affection l'idée délirante est secondaire; elle est incertaine; elle est limitée; elle ne se développe pas, ce qui est ordinairement l'inverse dans la folie d'auto-accusation. Enfin il y a l'état somatique de la mélancolie.

Elle peut aboutir à l'idée de grandeur et aussi à la démence.

Le cas que j'ai décrit (p. 731) passe à la folie systématique de persécution; il devient un cas mixte d'auto-accusation et de persécution. Bien que ces cas soient rares, ils peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic. Voici les types cliniques où on peut rencontrer *à la fois* les deux couleurs d'idées, persécution et auto-accusation, en dehors des troubles mentaux liés aux affections reconnues auxquels il faut en outre toujours songer :

Folie systématique d'auto-accusation, puis de persécution (chronique).

Folie de persécution secondaire à la mélancolie (guérison fréquente).

Folie aiguë de persécution et d'auto-accusation (passagère).

Paroxysmes anxieux avec idées d'auto-accusation secondaires dans le cours de la folie systématisée (passagers.)

Folie mixte hypocondrie-persécution-auto-accusation (Ballet) (guérison fréquente).

Folie systématisée hypocondriaque. — Assez rare. Ordinairement compliquée de persécution ou de négation. Parfois réduite à une idée fixe.

Peut affecter parfois une évolution assez rigoureuse. Ordinairement incurable. Il y a souvent des hallucinations.

Diagnostic : avec toutes les formes mais surtout avec la mélancolie hypocondriaque et la folie systématique secondaire.

Folie systématisée de grandeur. — Les hallucinations sont rares. Les idées de persécution secondaires sont fréquentes. C'est dans cette forme surtout que les malades se parent de costumes extravagants. Il peut y avoir une évolution graduelle.

Diagnostic : surtout avec la P. G. (signes de démence, signes somatiques).

Folie systématique mystique. — Dans les cas typiques il y a une *évolution régulière* :

Période d'inquiétude.

Période d'état. — Hallucinations visuelles ordinairement silencieuses. Pas ou peu d'hallucinations auditives, hallucinations de l'odorat, hallucinations de la sensibilité générale, hallucinations psycho-motrices (soulèvement, transport), psycho-motrices verbales (inspirations), érotisme, quelquefois possession. — Accès de stupeur, d'extase, de rêve systématisé.

Période de grandeur. — Le malade devient un prophète, Dieu le fils, fondateur de sectes, réformateur, etc.

Il peut y avoir une période de cristallisation du délire. Rarement de la démence.

Folie érotique systématique. — Il est difficile de la séparer de la folie raisonnante érotique (voir p. 173). Quelquefois complications mystiques ou de persécution.

Rapports des folies systématiques avec la débilité mentale. — J'ai noté expressément, dans plusieurs des observations que j'ai données, la débilité mentale flagrante des malades. A y regarder de près il semble que la grande majorité des aliénés de ce genre soient des débiles. Y a-t-il là une condition nécessaire pour qu'il y ait éclosion de la folie? Je ne discuterai pas cette question théorique; je me bornerai à la constatation du premier fait, la fréquence de la débilité, et à celle d'un second : chez les débiles très marqués, il semble que la folie soit *moins bien systématisée* que chez les autres moins débiles (Voir l'art. *débilité mentale*, p. 539).

CHAPITRE XI

FOLIES SYSTÉMATISÉES SECONDAIRES

Sommaire. — *Folie systématisée chronique dans l'alcoolisme*. Difficulté de la classer.
Folie systématisée chronique dans l'épilepsie. C'est probablement une complication.
Folie systématisée consécutive à la mélancolie. Renvoi à la mélancolie.
Folie systématisée chronique consécutive à une folie aiguë. C'est un mode de début de la folie systématisée chronique.

Folie systématisée chronique dans l'alcoolisme. — Dans le chapitre précédent des Folies systématisées j'ai donné deux observations où certainement les malades, devenus persécutés, avaient été auparavant des alcooliques, Dor... Ch. (p. 703) et Dec... O. (p. 728), et à propos de l'alcoolisme j'avais déjà signalé le fait. Or, si beaucoup de ces malades n'ont rien qui permette cliniquement de rattacher leur folie de persécution à l'alcool, on dit alors que l'alcool a été un appoint (?) ; il en est d'autres dont le délire, au début, a bien porté la marque de l'alcool : un délire de persécution alcoolique analogue à celui, passager, que j'ai mentionné (p. 302) devient chronique. En l'absence de renseignements il est difficile de faire le diagnostic.

Folie systématisée chronique dans l'épilepsie. — Avec l'épilepsie on a parfois des délires qui se prolongent indéfiniment et qui revêtent le caractère d'une folie plus ou moins systématique, mystique ou de persécution ordinairement. Je renvoie à ce que j'en ai dit au chapitre Épilepsie (p. 405). — Je penche vers l'hypothèse que ce sont des complications, des coexistences avec l'épilepsie.

Folie systématisée consécutive à la mélancolie. — J'ai parlé de ces folies à l'article Mélancolie, car elles me paraissent, pour la plupart, devoir y être rattachées. Elles peuvent guérir. Je n'y reviens pas.

Folie systématisée chronique consécutive à une folie aiguë. —

C'est une folie qui débute par un stade aigu, assez brusquement, au lieu de s'installer peu à peu. Ce stade est comparable en somme aux accès paroxystiques dans le cours d'une folie chronique; il n'y a pas de raison cliniquement valable pour mettre à part cette folie dite secondaire; c'est une folie primitive comme les autres.

CHAPITRE XII

FOLIES AIGUËS (1)

Délire polymorphe de Magnan. Délire d'emblée des dégénérés. Paranoïa aiguë. Délire d'emblée des débiles.

SOMMAIRE. — Rémittences et intermittences des folies systématiques chroniques. Poussées paroxystiques. Excitation et agitation surajoutées. Tendance à l'incohérence du délire. Deux exemples de folie aiguë ; l'une systématique, l'autre incohérente, mais polymorphe : « Délire polymorphe ». Appoint alcoolique dans l'une et l'autre. Tendance à la reproduction de ces folies aiguës. Différence avec la folie discordante : dans la folie aiguë il peut y avoir incohérence avec excitation, mais pas de discordance; l'incohérence tranquille est suspecte. — Diagnostic parfois difficile.
Rapports avec la débilité mentale et les autres formes de déséquilibre mental.

J'ai montré, à propos de la marche des folies chroniques systématiques, que certaines d'entre elles procèdent par poussées paroxystiques ou isolées. Dans ces cas on peut considérer l'accès isolé comme étant une folie délirante aiguë ou plutôt passagère (quelquefois unique). Le délire peut parfois y être réduit même à une seule idée, « idée fixe », limitée. Mais souvent, dans les folies délirantes aiguës, il y a une exacerbation de tous les symptômes qui donne une allure plus vive, plus « aiguë », surtout quand il y a des hallucinations : accumulation et intensité, multiplicité de celles-ci, réactions vives du malade par de l'excitation intellectuelle, de l'agitation, de la colère, des actes de violence ou de suicide, en un mot le tableau des paroxysmes que l'on rencontre au cours des folies chroniques, avec une tendance à une beaucoup moins grande systématisation du délire, devenu tumultueux et parfois incohérent. Si dans les cas à délire de couleur uniforme la systématisation se conserve plus facilement,

(1) J. SÉGLAS, Leç. clin., p. 383. — ARNAUD, in *Traité de Ballet*, p. 789 et suiv., p. 795. — H. COLLIN et BOURILHAT, Les dégénérés et la dégénérescence mentale (folie des dégénérés), in *Tr. int. de psycho. path.*, t. II, p. 550; voir à la p. 589 : *Des délires d'emblée ou délires polymorphes.* — BOIRON, déjà cité en note, p. 544.

par contre, lorsqu'il y a des délires à couleurs variées, la systématisation est très faible : ce sont ceux que l'on appelle *délires polymorphes*, qui vont jusqu'à l'incohérence, favorisée par l'excitation habituelle qui complique la situation; mais, chose importante, il y a *concordance suffisante* des idées délirantes, des émotions et des actes. Au surplus les folies chroniques à idées multiples ne sont pas toujours parfaitement systématisées.

Je rappelle brièvement d'abord l'exemple de Gar... E., cité page 152 à propos des idées de grandeur, qui a fait un délire de persécution et de grandeur de peu de durée. C'était, du reste, un individu anormal et débile, comme le montraient les renseignements donnés par sa femme.

On ne s'étonnera pas d'y trouver noté un appoint alcoolique, car c'est fréquemment à la suite d'excès que se déclanche cette folie délirante aiguë qui n'a d'ailleurs pas l'allure de l'alcoolisme vrai. Dans l'ivresse délirante que l'on voit chez les mêmes sujets débiles ou déséquilibrés, c'est un hybride réel, tandis que la folie aiguë paraît être seulement déchaînée par l'alcool, car on peut en voir *d'exactement semblables* en dehors de tout excès de boisson. Il arrive aussi, comme dans la P. G., que l'excès de boisson est fait sous l'influence de l'excitation du début.

En voici deux autres exemples.

Excitation intellectuelle. Idées de grandeur. — Appoint alcoolique. — Lap..., cimentier, 30 ans, entré le 24 septembre 1908 à Bicêtre, sorti le 13 novembre 1908.

Antécédents (d'après la femme et le frère du malade). — Aucun aliéné, paraît-il, dans la famille, mais le père était buveur. Le malade aurait été troublé à l'âge de 16 ans à la mort de sa grand'mère; triste, il ne voulait pas sortir, puis aurait fait des excentricités; de 17 à 20 ans, bon employé chez un pâtissier. Au service il fait trois ans, et deux ans de prison pour insultes et coups à un supérieur. Le frère prétend que c'est la mort de leur père, survenue lorsque le malade était militaire, qui a troublé l'intelligence de celui-ci. Revenu du service, il reste deux ans sans trop rien faire. Se met en ménage; il perd un enfant de vingt-cinq mois, puis il y a quelques mois un autre enfant de cinq mois. Il buvait et se met à boire de plus en plus depuis cette mort, surtout du vin blanc; il s'occupait de la Bourse du Travail comme cimentier; il devenait agité, écrivait beaucoup, se levait la nuit pour s'occuper des affaires du syndicalisme. Instruction primaire bonne.

Début. — A la suite d'une discussion avec sa femme il veut vendre son mobilier pour 70 francs. Ayant dissipé une partie de l'argent, il va en réclamer à sa mère, marchande dans un marché, et donne des coups de hache dans un placard, puis le lendemain il saccage l'étalage de sa mère. Arrêté, il est conduit à l'infirmerie du Dépôt.

23 septembre. — Il est vu au Dépôt par l'interne du service de Bicêtre, M. Collin, qui le trouve très agité, très loquace, et camisolé. Dirigé sur Sainte-Anne, où il est très agité d'après le certificat, il arrive enfin le 24 à Bicêtre.

25 septembre. — Il ne paraît pas très agité, mais il y a de l'excitation intellectuelle; il est orienté dans le temps et le monde extérieur. Aspect normal, sauf la mimique et l'accentuation mimique de la parole très marquée. Volubilité. Physionomie plutôt joviale,

D. — Quel jour sommes-nous?

R. — On m'a dit que c'était demain samedi, donc c'est aujourd'hui vendredi (exact).

D. — Le combien?

R. — Le 25 septembre (exact). Il faut que je paie mon terme le 8 octobre, mais je vais m'agrandir, car je vais être secrétaire de tous les journaux, secrétaire des cimentiers; il me faudra un grand bureau; j'aurai trois francs de déplacement par jour; il faudra que j'aille dimanche à la Bourse. Je vais passer à l'unanimité. Quand j'ai dit tout cela à ma mère et à ma femme, elles ont dit que j'étais fou.

D. — Vous êtes donc très instruit, très intelligent?

R. — Je ne sais pas, je suis fou, d'après ce qu'on dit!

D. — Vous êtes forcé de boire dans votre métier?

R. — Oh oui, et du bon! Je n'y regarde pas! (Il énumère une quantité imposante de verres de vin et d'alcool aux différentes heures de la journée.)

D. — Des gens ont-ils intérêt à vous envoyer et à vous maintenir ici?

R. — Oh! je vous crois, les patrons me craignent; je peux faire mettre leurs chantiers en régie, faire décréter la grève, alors ils me craignent.

D. — Dans votre famille, vous en veut-on?

R. — Oh! non il n'y a que ma mère et mon père qui feraient tout pour moi. Ma femme m'a quitté parce que j'ai vendu mon mobilier, pour faire de la propagande pour « l'Humanité » (le journal) que je voulais distribuer gratis.

Dans une note qu'il écrit, à la demande du surveillant, sur ses antécédents, l'écriture est mal assurée, quelques lettres de sautées, et le contenu, qui traite de l'enfance du malade, n'a que peu de rapports avec les événements actuels.

L'état somatique est bon.

6 octobre. — A dérobé une clef passe-partout. Prétend l'avoir cachée dans la terre, mais la clef n'a pu être retrouvée à l'endroit indiqué par lui. Il dit qu'il voulait s'en aller parce qu'il n'était pas fou.

Il est calme. Aspect normal.

9 octobre. — Persiste dans les mêmes idées. Il ajoute qu'il cherchait une place valant douze cents francs par mois comme celle qu'occupe M. X... au *Petit Parisien*.

Fin octobre. — Se rétablit peu à peu. Il persiste cependant à croire qu'il aurait pu être secrétaire des cimentiers. Il paraît en somme normal, mais avec une idée exagérée de lui-même. Il semble bien qu'on ait affaire à un esprit facilement suggestionnable, se grisant de ses propres paroles, capable de « dérailler », de verser facilement du côté où l'entraîne la haute idée qu'il a de lui-même.

6 novembre. — Donne par écrit, d'une belle écriture impeccable cette fois, le récit de son aventure. Exeat.

Délire polymorphe. — Thi..., commis épicier, âgé de 21 ans, entré à Bicêtre le 27 mars, sorti le 11 août 1907.

Les renseignements donnés par un oncle sont assez vagues. Il y aurait à noter en tout l'extrême nervosisme de deux sœurs du malade. Thi... aurait toujours été normal, mais très craintif. Il aurait eu un premier accès analogue du 28 janvier au mois de juin 1906 qui aurait débuté comme le présent par une poussée de « petits boutons » et de l'amaigrissement.

D'après le certificat de la Préfecture il est atteint de « débilité mentale avec excitation et loquacité incessantes. Délire polymorphe ; hallucinations visuelles et auditives. Troubles de la sensibilité générale. Il voit un chien circulant autour de lui, il répond à des voix qu'il entend. Il voit une bouche qui souffle sur lui de l'air pour le faire étouffer. Arrêté parce qu'il s'était introduit dans une cour, gesticulant et s'étant mis un sac sur les épaules ; il demande à être conduit à la Place pour contracter un engagement ».

27 mars. — On note à son entrée son air éveillé et turbulent, son instabilité ; il va, vient sans cesse dans la salle de l'infirmerie. Il a son pantalon dans ses chaussettes et des chiffons sur la tête ; il parle avec volubilité. Il ne présente que des idées de satisfaction, il trouve que tout est très bien, dès l'instant qu'on a de l'eau de Sainte-Anne à Bicêtre. Cette eau est très bonne et guérit tous les maux. Il dort bien la nuit.

29 mars :

D. — Pourquoi êtes-vous venu ici ?

R. — Pour me soigner.

D. — De quoi ?

R. — De la tête ; je tiens à aller prendre de l'eau moi-même à Sainte-Anne... C'est cette eau qui m'a sauvé.

Il reconnaît avoir vu un chien comme dans un rêve. Il avoue avoir pris pas mal d'apéritifs depuis quelque temps.

30 mars — Il reçoit fort mal son oncle, qu'il ne paraît pas reconnaître. Il continue avec excitation à émettre des idées vagues de satisfaction, de grandeur, de maladie, de persécution, etc.., tout à fait incohérentes.

5 avril :

D. — Comment ça va ?

R. — Très bien, très bien ; si je me charge de relever des bérets, c'est que je m'en charge.

D. — Quels bérets ?

R. — Le béret de Mirbelle et d'Henriette.

D. — Quelles sont ces dames ?

R. — L'une s'occupe de médecine et l'autre de sa patrie ; elles sont peut-être étudiantes toutes les deux...

...On m'a mis quelque chose dans mon manger, car j'étouffe en ce moment... Je suis en ce moment sous la dépendance militaire...Je suis de la classe de cette année...Je tiens à avoir du pain naturel et non du pain où on met des purges.

D. — Est-ce pour vous nuire qu'on met ça dans le pain ?

R. — C'est pour me faire du bien. D'ailleurs je m'en aperçois.

. . . .

D. — Quel métier ?

R. — Epicier, actuellement militaire.
D. — Quel grade?
R. — Oh! général, si l'on veut.
D. — Vous sentez-vous capable de diriger une armée entière?
R. — Sûrement.

Il écrit de nombreuses lettres incohérentes et en désordre adressées à des amis, où il émet des idées analogues, insistant surtout sur sa situation militaire, faisant des réclamations à propos d'un tort que lui aurait causé un maire des environs de Paris, etc. Il fait sur une carte postale un dessin représentant un militaire à cheval, orné de gribouillis et de mots tels que: Ecole de Saumur, Saint-Cyr, Polytechnique, etc.

6 avril. — Bavardage incessant; il fait les demandes et les réponses; dit qu'on lui amène son cheval et son ordonnance du ministère de la guerre. Prétend qu'on lui fait de nombreuses piqûres de morphine électriquement, que cela lui est douloureux, mais que ces piqûres lui font du bien. Seulement il ne faut pas en faire tant.

Accoutrement bizarre : boîte à lait pendue à son paletot par une ficelle; feuilles et papier ramassés, passés dans les boutonnières du paletot. Pantalon dans les chaussettes, mouchoir sur la tête.

Fin avril. — Etat analogue.

16 mai. — Beaucoup moins excité. Mêmes idées; voudrait être général.

21 mai. — « Je vous assure qu'il y a un Dieu aux colonnes qui règle les astres, le soleil. Je ne me charge pas de discuter avec lui. »

Juin. — De plus en plus calme; les idées délirantes disparaissent.

1er juillet. — Revenu à la normale. Reconnaît qu'il a été malade, mais il attribue ces troubles mentaux au surmenage qu'il aurait eu ces derniers temps.

8 août. — Exeat.

Le premier de ces exemples nous montre un délire de grandeur relativement systématisé avec satisfaction, excitation, après un début des plus tumultueux. Le deuxième est beaucoup plus polymorphe, puisque idées de grandeur, de persécution, hypocondriaques, se mêlent avec excitation et agitation. On peut rencontrer de ces folies avec toutes les couleurs d'idées délirantes, c'est alors que le *polymorphisme* est à son degré le plus haut. Il y a toutes les transitions entre les cas ressemblant à l'accès de folie de Lig... (p. 701) et celui de Thi... qui est, lui, vraiment incohérent. On notera que chez le premier fou aigu, Lap..., les tendances vaniteuses ont toujours existé et qu'il a déjà été malade tout comme le deuxième Thi... C'est que ces accès ont une grande tendance à se reproduire, généralement sous des formes très voisines, car elles reflètent souvent la tournure d'esprit particulière habituelle au malade. Ainsi que je l'ai dit, il arrive que de ces folies aiguës en naisse une *chronique*, qui prend un cours régulier et systématisé. Mais peut-il

arriver qu'une folie aiguë tombe dans la démence rapide? Il est possible que certains de ces accès qui sont très incohérents et qui ressemblent, avec l'agitation et l'excitation ou l'angoisse en plus, à la folie paranoïde ou folie discordante à délire incohérent, ne soient qu'une ébauche de celle-ci et qu'après un premier accès il en vienne un autre qui, lui, sera évidemment de la folie paranoïde incurable et démentielle. Nos connaissances sur ce point sont encore trop imparfaites pour que j'insiste. Mais on peut dire qu'en général l'incohérence de la folie discordante est bien plus grande *indépendamment* de toute excitation intellectuelle, de toute agitation qui puisse l'expliquer. — Il faut toujours se méfier de l'incohérence tranquille; et puis il y a la *discordance* entre le délire et le reste, émotions et actes, qui n'existe pas dans le délire d'emblée. On reverra d'ailleurs ce diagnostic aux folies discordantes.

Il s'ensuit qu'il est impossible de donner une description résumée de ces folies aiguës. Les cas d'une seule couleur, persécution, hypocondrie, grandeur, etc., sont rares; les plus fréquents sont les polymorphes.

C'est pour les « délires polymorphes » que le *diagnostic* est le plus difficile : on devra éliminer d'abord :

Les délires toxiques et infectieux (rêve, état somatique).

Les délires épileptiques (parfois plus difficiles à distinguer sans commémoratifs).

La P. G. — Ceci est assez important, car il y a de nombreux exemples d'erreurs commises; il faut, en cas de doute, surtout si le délire très incohérent est de grandeur, rechercher les signes physiques et faire la ponction lombaire.

Les paroxysmes au cours des folies chroniques (commémoratifs; évolution ultérieure).

La folie paranoïde (beaucoup plus incohérente « à froid » et « discordante »).

Au fond on procède par élimination, et quand il ne reste plus rien, on admet qu'il s'agit de « délire polymorphe ». On pourrait souvent se demander s'il ne s'agirait pas d'hybrides d'alcoolisme et de déséquilibre mental; mais s'il y a souvent des excès de boisson, comme je l'ai dit, il n'y a pas vraiment trace d'alcoolisme chronique, *base essentielle* de l'apparition du délire alcoolique pur ou mixte

Enfin, on devra faire attention au danger que présentent ces

malades: le persécuté aigu, comme l'hypocondriaque aigu, peut être très violent et vindicatif, etc.

Rapport avec la débilité mentale et les autres formes de déséquilibre mental. — La fréquence de ces tares, *surtout de la débilité mentale*, chez les fous aigus fait penser qu'il y a une relation entre elle et la folie aiguë. Je me contenterai cette fois encore de signaler cette fréquence sans vouloir en tirer de conclusion théorique. C'est pourtant en étudiant de près ces faits que l'on arrivera à savoir ce qu'est au juste la « prédisposition » (ou une des « prédispositions »), notion jusqu'ici si vague.

CHAPITRE XIII

GROUPE PROVISOIRE DES FOLIES DISCORDANTES (1)

Katatonie de Kalbaum, Hébéphrénie de Hecker et Kahlbaum, Démence précoce de Kraepelin, Schizophrénie de Bleuler.

SOMMAIRE. — Il y a plusieurs types. Difficiles à distinguer à une période avancée. *Hébéphrénie*. — Un exemple de *forme atténuée*. Un exemple plus complexe. Désordre très marqué de tous les symptômes, Un autre exemple : début à treize ans ; indifférence ; dépression reconnue par le malade lui-même; aspect figé, stéréotypies : *forme pseudo-mélancolique* de l'hébéphrénie. — Un autre exemple avec délire et phénomènes cataleptiques. — Un exemple *d'hébéphrénie pseudo-maniaque*. L'indifférence n'est pas un signe pathognomonique. Perte de connaissance dans le cours de l'affection.

Folie paranoïde (démence paranoïde). — Rappel d'un cas déjà cité plusieurs fois avec délire inouï d'incohérence. Discordance des symptômes. Pas de démence actuelle, mais installation de stéréotypies secondaires. Ressemblance avec la démence « paranoïaque ». Un autre cas au début moins pur avec délire paranoïde, puis mutisme, négativisme, maniérisme. Deviendra probablement plus ou moins semblable à ceux qui suivent. Un cas vieux de quinze ans ; était-ce la forme paranoïde ? Démence actuelle. Un autre cas très ancien ; ancien délire, démence, stéréotypies multiples ; quelle forme était-ce ? Attention meilleure qu'on ne s'y serait attendu. Réponses au hasard par humeur négative. Démence encore plus apparente que réelle.

Folie discordante verbale. — Prédominance de l'incohérence verbale. Un cas très pur ; langage complètement incohérent, nombreux mots artificiels. Démence. Vingt-quatre ans de maladie. A eu au début une perte de connaissance. Deuxième exemple moins pur. Mélange de délire incohérent et de langage inventé sciemment. Mémoire très conservée. Discordance, mais pas encore la démence proprement dite.

(1) J. ROGUES DE FURSAC, *Manuel de Psychiatrie*, 3e éd. Paris, 1909, p. 180. — On trouvera dans ce Manuel une bibliographie française et étrangère assez étendue aussi bien sur la démence précoce que pour les autres types cliniques. — MASSELON, La démence précoce, Paris. 1904 — J. CHRISTIAN. De la démence précoce des jeunes gens, *Extr. des Annales médico-psycho.* Janvier à octobre 1899, Paris, 1899.

CHARPENTIER. Les démences précoces. *Congrès annuels de méd. mentale.* 1re session tenue à Rouen en 1890, Paris, 1891, p. 247.

Le groupe des folies discordantes, tel que je le délimite, ne correspond pas complètement avec celui de la démence précoce de Kraepelin, car cet auteur comprend dans sa démence précoce tous les cas de folie avec délire systématisé hallucinatoire que j'ai décrits à part dans le chapitre précédent.

Je rappellerai que l'un de mes prédécesseurs à Bicêtre, le docteur Charpentier, a été un des premiers en France à reprendre la question, qui sommeillait depuis Morel, et à donner une description qui peut encore se lire avec fruit.

Folie discordante motrice. Catatonie. — Un exemple très net : catalepsie, litanie déclamatoire, négativisme : *le malade répond carrément non.* Un cas spécial de catatonie avec cette particularité d'avoir présenté une rémission complète de quatorze ans. Pas de catalepsie, mais stupeur, négativisme et docilité, stéréotypies primaires, manières bizarres, mutisme, lettres presque sensées, indifférence, etc.

Remarques générales. — Discordance et folies discordantes. — Chacun des types est-il une folie à part ou une forme d'une folie ? *Cliniquement* il y a des liens entre eux, la discordance, des formes de passage, une division en trois périodes. — Séparation d'avec les folies sytématisées.

La démence dans les folies discordantes. — Le mot démence précoce (Kraepelin) est mauvais. La démence est particulière. Le début des folies discordantes peut être tardif. Le syndrome démence peut apparaître tôt. Hébéphrénie et démence précoce de Morel. Questions qui se posent.

Rapports avec l'épilepsie. — Épilepsie compliquée de folie discordante démentielle. Accès épileptiformes chez les fous discordants. Quel rapport?

Signification de la discordance. — Simulation de la démence. La démence arrivera un jour, mais quand? Rémissions. La rechute est-elle définitive?

Démence « neuro-épithéliale » et folies discordantes. — Discussions byzantines sur les limites et rapports de ces folies. Les recherches de Klippel et de son école sont plus importantes pour la délimitation.

Exposé général.

C'est un sujet d'actualité brûlante, car les auteurs ne s'entendent guère sur lui. Fidèle à la méthode de ce livre, je passe sous silence toutes les discussions pour donner des exemples; je dirai ensuite brièvement ce que l'on peut penser de ce groupe spécial.

On peut distinguer trois *types* principaux de ces folies discordantes à la période dite d'état, car à la période de démence les apparences des types se rapprochent les unes des autres; j'en ajouterai un quatrième, la folie verbale :

L'hébéphrénie (qui *parait* être un type mixte).

La folie paranoïde, délirante (dite démence paranoïde).

La folie verbale.

La folie motrice ou catatonie.

Le mot *type* a l'avantage de ne rien préciser nosographiquement. Je ne sais en effet si ces types, bien qu'ils aient, comme on le verra, un symptôme général commun, *la discordance*, sont réellement des formes d'une même affection ou des affections différentes.

Hébéphrénie.

Forme atténuée de l'hébéphrénie. — Je commencerai par étudier l'hébéphrénie sous une forme fréquente, celle où l'atténuation des symptômes rend parfois le diagnostic longtemps incertain.

Un jeune homme de 14 ans, Cap..., d'une famille évidemment tarée, était devenu inerte, paresseux, inattentif, ne pouvait plus continuer ses études; il passait ses journées à ne rien faire, à moins qu'il ne jouât à la poupée avec sa sœur. L'intelligence et la mémoire étaient conservées, mais il ne s'intéressait plus à rien, si ce n'est aux jeux enfantins et féminins. On voit là un des caractères de ces folies dites discordantes : la non-cohérence, la discordance entre l'état des différentes « facultés ». Ce jeune homme est encore capable intellectuellement de faire quelque chose, mais il est sans désir, sans volonté, sans aucune initiative; c'est une machine à vapeur où le feu manque et qui a l'air d'être simplement arrêtée faute de combustible; de plus il y a quelque chose d'insolite dans cette façon de jouer à la poupée, c'est une excentricité avec régression. Malgré ces signes graves il y a eu une rémission au moins, car il a pu passer un examen. Je n'ai plus eu de nouvelles de lui ensuite.

Hébéphrénie. — Je viens d'observer tout récemment une autre malade qui est un peu plus complexe :

Hébéphrénie. — Idées délirantes de persécution, de grandeur, hypocondriaques; tendance au suicide. Changement de caractère. Fugues. Indifférence. Accès émotifs.

Cou..., Henriette, modiste, 20 ans, consultation de la Salpêtrière.

9 janvier 1911. — Renseignements donnés par la mère (peu intelligente) : « Ma fille a beaucoup changé depuis deux ans : elle qui, autrefois, montrait beaucoup de goût pour son métier de modiste, ne fait plus rien du tout aujourd'hui. Elle a été renvoyée d'un atelier, non pour paresse, mais pour travail insuffisant comme quantité; cela il y a deux ans. Depuis cette époque, elle s'est transformée brusquement. Il n'y a rien de semblable dans notre famille; elle n'a pas eu de convulsions dans son enfance, mais a toujours été très nerveuse; pour la moindre des choses elle poussait des cris; elle a toujours été un peu hargneuse, mais gentille; elle était cependant jalouse de son frère et de sa sœur. Enfin elle était peureuse au point de coucher avec moi. Nous nous sommes aperçus du changement quand, en rentrant un soir, elle nous a dit; « Venez, touchez mon estomac, il ne bat plus; je vais mourir. Venez, papa et maman, que je vous embrasse. » Elle a eu depuis, souvent, cette peur de mourir. Maintenant, ses journées, elle les passe à la maison, à fouiller dans des cartes, dans des papiers, dans des rubans, ou bien elle reste assise sans rien faire; le plus souvent elle sort; alors elle marche si rapidement que je n'ai pu arriver à la suivre et je ne sais ce qu'elle fait. Je l'ai seulement vue rentrer dans une maison, pour en ressortir en disant : « Ce n'est pas là que je vais travailler. »

« Elle dit chercher une place et ajoute que c'est en pure perte, puisque je vais la déprécier auprès de ses patronnes.

« Le soir, à la maison, elle prétend revenir de travailler et rapporter 3 francs tous les jours, ce qui est faux. « C'est pour tous ces fainéants, dit-elle, car je vous nourris tous ici et vous envoyez encore de l'argent à mes grands-parents. » Elle déteste son père et sa mère : elle dit que nous la martyrisons; elle me traite de marâtre.

« Elle ne veut pas nous parler, nous trouvant trop inférieurs à elle; si on la touche, elle nous repousse et dit qu'on est sale.

« Cependant elle se laisse aller maintenant, elle se néglige; désordonnée et moins coquette, elle mange assez salement; elle jette ses souliers et ses jupes dans le feu. D'autre part, elle se rend compte de tout et a gardé sa mémoire bonne; elle sent dans sa tête qu'elle est folle, à ce qu'elle nous a dit. Elle a eu l'intention de se suicider, de se jeter dans la Seine; ces idées, qu'elle n'a jamais essayé de mettre à exécution, ne lui ont duré que cinq à six mois, et depuis un an à quinze mois ne se sont plus représentées. Elle est encore dégoûtée de tout, de la vie, et prétend même s'ennuyer au point de ne pas dormir; je ne sais si elle dort ou non; je l'ai entendue parler quelquefois la nuit. Sa volonté et sa gaîté l'ont abandonnée. Par moments elle sent sa main se retirer, ce qui l'empêche de travailler; son pied se retire de même; elle se ronge les ongles; mais elle l'a toujours fait.

« L'autre soir à table elle s'est mise à pleurer en disant: « Je suis folle, oui, je suis folle, et c'est vous qui causez mon malheur et qui m'empêchez de travailler. » Elle déteste aussi ses grands-parents: elle était allée les voir cet été, mais elle a dû en revenir. Elle a peur de tout le monde et en particulier des hommes. Pour moi, elle a été jusqu'à me dire qu'elle n'aurait pas de regret de me tuer. En un mot, elle se plaint de n'être pas aimée. Elle ne vole pas, mais ment depuis deux ans. »

La jeune malade, interrogée, répond avec mauvaise volonté évidente. Elle a l'air bien portante physiquement, les joues très pleines, et nullement triste; elle regarde sa mère avec un air peu aimable, quand celle-ci raconte quelques-uns des propos que la fille a tenus. Elle répond seulement qu'elle s'ennuie et ne pense à rien. Comme elle paraît réticente, ainsi que les enfants indisciplinés devant leurs parents, on fait sortir la mère et on recommence l'interrogatoire. La jeune fille s'ennuie; car elle ne peut, dit-elle, trouver de l'ouvrage; elle ne fait rien du tout et ne s'intéresse à rien à la maison, elle en veut à ses parents de chercher à l'occuper; elle a les réponses et l'attitude des fous moraux; elle nie les faits racontés par sa mère et quand on lui demande son âge, elle dit qu'elle a 18 ans et qu'elle est née en 1892. A part cela, on ne peut en tirer grand'chose, vu l'humeur négative et hostile de la malade.

On la fait sortir et on fait rentrer la mère; on lui demande plus de détails, qu'elle donne malgré son peu d'intelligence, et on apprend que la jeune fille a 20 ans et est née en 1890. On fait revenir celle-ci et on recommence l'interrogatoire:

D. — Voyons, qu'avez-vous décidément?

R. — Je suis dégoûtée de tout, de la vie; après mon renvoi j'ai été très ennuyée (d'un air indifférent sur le fond, mais ennuyée d'être examinée).

D. — Que fait votre père?

R. — Je ne sais pas.

D. — Et votre mère?

R. — Des ménages.

D. — Pourquoi êtes-vous venue?

R. — Cela ne sert de rien, quand on n'y peut rien.

D. — A quoi?

R. — Quand on est triste (elle sourit en disant cela).

D. — Quel âge avez-vous?

R. — 20 ans.

D. — En quelle année êtes-vous née ?

R. — En 1890.

D. — Pourquoi disiez-vous que vous étiez née en 1892 et que vous aviez 18 ans ?

R. — Je ne sais pas.

En somme, enfance anormale : début probablement assez brusque avec idées hypocondriaques, de persécution, de grandeur non systématiques, sensations bizarres, actes désordonnés, fugues, tendance au suicide ; indifférence actuelle, alternant avec l'humeur hostile et négative, les craintes de mourir, peut-être avec accès d'anxiété, mensonges, sourire moqueur, demi-conscience de sa situation, le tout durant depuis deux ans. Voilà vraiment une salade de symptômes qui justifie le nom de folie discordante, bien que l'examen mental direct de la malade ait été fort incomplet.

Hébéphrénie pseudo-mélancolique. — Début à 13 ans. Indifférence. Dépression. Stéréotypies d'attitude. Difficulté à vouloir reconnue par le malade.

Der... Paul, âgé de 16 ans et demi, consultation de la Salpêtrière, 14 décembre 1910.

Antécédents (fournis par le père). — Rien à noter de particulier dans la famille, sauf que le père a eu la syphilis il y a vingt ans. Il y a d'autres enfants, parfaitement normaux, et il n'y a jamais eu de fausses couches.

L'enfant a eu des convulsions à un an ; il a uriné au lit jusqu'à deux ans et n'a marché seul qu'à trois ans; jusque-là il marchait à condition qu'on le tînt « même par un fil », dès qu'on lâchait ce fil il tombait faute de confiance en lui (dit la mère).

A part cela on n'a remarqué rien d'anormal jusqu'à 13 ans. Il apprenait très facilement ses leçons à l'école primaire. Depuis, il s'est présenté deux fois à l'examen du cours complémentaire où il a été reçu en juillet 1910. A partir de l'âge de 13 ans, en même temps qu'il grandissait beaucoup, il avait une paresse apparente à laquelle on a attribué son échec à son premier examen, avec une lenteur particulière au travail : il employait tout son temps à faire ses devoirs, n'en ayant plus pour les distractions. Pendant les vacances dernières il devint plus renfermé, taciturne, indifférent, au contraire de ses habitudes et, paraît-il, il prenait un air figé quand des personnes étrangères lui parlaient. Il entre en octobre à l'École professionnelle de la rue.. où les études primaires supérieures sont accompagnées de travail manuel (fer et bois) et de dessin. C'est alors qu'il commence à devenir totalement incapable de travail; il ne peut suivre les cours; il a une attitude bizarre; chez lui il reste sans rien faire dans un coin. Il ne s'intéresse plus à rien; il est silencieux.

14 décembre 1910 — Amené par ses parents, il a une attitude étrange. Il entre comme figé, sans dire un mot; il se tient droit, la tête un peu renversée en arrière et déviée un peu à droite; en même temps les yeux regardent obstinément aussi à droite, comme s'il y avait déviation conjuguée. Pas d'expression de la physionomie, sauf celle de la bêtise, accrue par ce fait que

sa lèvre supérieure découvre plus les dents à droite qu'à gauche (comme chez le père). Invité à s'asseoir, il s'assied lentement. Pendant l'interrogatoire il conserve obstinément l'attitude de la tête et des yeux, sauf un instant, très court, où il regarde son interlocuteur ou l'objet qu'on lui présente. On a toutes les peines du monde à obtenir des réponses, qui ne sont faites qu'au bout d'un temps très long; cependant on arrive à constater qu'il ne paraît pas avoir perdu la mémoire ni les acquisitions scolaires; il dessine à peu près une tête d'homme, il écrit très convenablement, fait des calculs de tête, mais le tout avec une extrême lenteur. Interrogé à plusieurs reprises sur sa façon de regarder, il finit par dire que c'est pour rechercher le passé dans ses souvenirs. Impossible d'obtenir une autre explication sur ce qu'il ressent. Laissé à lui-même sur une chaise, il reste figé, sauf les mains et les pieds qui sont animés de mouvements bizarres. Il marche comme incertain et raide. Pas de négativisme ni de catalepsie. Ponction lombaire, pas de lymphocytose.

14 décembre 1910. — Même état.

26 janvier 1911. — Sa mère dit qu'il a été un peu plus réveillé, moins constipé; il paraît s'intéresser un peu plus; il se lève tard pour déjeuner, on le fait promener; il lit un peu le journal, et il cause spontanément chez lui, avec sa famille, sans prendre son attitude bizarre de la tête. La mère a noté différentes expressions et des détails intéressants: c'est ainsi que quand il veut prendre un objet, il a de l'indécision et une grande lenteur dans les mouvements; quand il est assis et qu'on l'appelle, il dit parfois: « Oui, oui, je viens, je ne peux pas plus vite, je suis cloué. » Il a encore parfois des mouvements bizarres des pieds et des mains. Quand il est content, il a une sorte de crispation générale qui aurait toujours existé chez lui, mais qui est plus marquée maintenant. Pendant quelques jours il a eu les mains et les pieds bleus et froids. Il y a quelques jours, à la suite de la lecture d'un journal, il s'est plaint: « J'ai mal à la tête, je suis étourdi, j'ai lu trop longtemps. » Les bruits l'agacent et l'énervent. Il a dit une fois à sa mère : « Quand je veux me déplacer je suis comme dans la glu. » Une autre fois : « Je suis une chrysalide. » Un jour encore qu'il avait des mouvements étranges: « Il me semble que tout est chambardé en moi; je ne suis pas comme j'étais. » Il se plaint d'ailleurs que sa famille le pousse et l'excite: « Laisse-moi, je le ferai bien tout seul. »

Aujourd'hui il paraît un peu moins figé, pourtant avec la même attitude de la tête et des yeux. Les réponses sont toujours lentes. Pas de perte de mémoire. On lui fait raconter ce qu'il a vu dans le Nord-Sud hier, car il l'a pris pour aller à la gare Saint-Lazare. Il s'en tire péniblement, mais on constate qu'il a remarqué beaucoup de choses.

On lui fait faire une petite épreuve d'actes successifs à accomplir; il la fait bien, sauf toujours la lenteur et une grande hésitation : pour prendre une épingle, il hésite entre ses deux mains à trois reprises avant de la prendre. On a de la peine à le faire asseoir sur une table pour examiner ses réflexes (impossible de l'empêcher de se raidir). Il prend aussi avec beaucoup de peine le marteau rotulien, comme s'il y avait un certain degré de négativisme. Pas de catalepsie. On le fait marcher: il marche en se dandinant et maladroitement, et au lieu d'aller en ligne droite, il suit une courbe pour aller de la porte à la fenêtre de la salle d'attente.

On essaye de lui faire dire ce qu'il ressent: impossible, on n'obtient pas de

réponse ; il ne vous regarde même pas. Enfin, à force d'insister, il répond : « Je ne peux pas prendre une décision complète pour faire quelque chose un peu vite. »

Outre l'âge de début, 13 ans, il y a à remarquer tout spécialement la lenteur, l'indécision des mouvements comme figés et maladroits, et la reconnaissance que le jeune malade a de cet état d'obstacle, d' « inhibition » : « *Je suis comme dans la glu ; — je ne peux pas prendre une décision complète.* » Cela montre, comme je l'ai déjà dit (p. 64), que ce symptôme n'est pas seulement subjectif, contrairement à ce que certains auteurs (Urstein) ont prétendu. Si l'on peut admettre cette pseudo- « inhibition » purement subjective comme règle dans l'hébéphrénie, il y aurait donc des exceptions, puisque ici nous voyons que les mouvements sont manifestement lents et que le jeune malade le reconnaît au moment même où il a de la peine à les effectuer : il y a « *objective und subjective Hemmung* ». Comme dans le premier exemple, ce jeune malade est complètement indifférent, sans aucune initiative; il ne s'occupe à rien ; il est déprimé, si bien que l'on pourrait en faire la *forme déprimée de l'hébéphrénie ou forme pseudo-mélancolique*. En même temps il y a des attitudes singulières, figées, stéréotypies d'attitudes sur lesquelles il est difficile d'avoir des explications ; des stéréotypies de mouvements, des sensations étranges, des troubles vaso-moteurs.

Hébéphrénie au début. — Délire et symptômes cataleptiques.

Bel... Jean, âgé de 14 ans et demi, venu consulter le 21 décembre 1910 à la Salpêtrière.

Elève de C..., après avoir fait de bonnes études primaires (certificat d'études) et avoir concouru avec succès à une bourse pour ce collège, il donnait des preuves d'une intelligence bonne et normale. Depuis quelques mois il ne travaille plus bien et ses parents s'aperçoivent que depuis peu de temps il tient des propos incohérents.

Grand et fort pour son âge ; aspect figé ; il se plaint qu'on lui en veut, qu'on a voulu lui mettre quelque chose dans sa boisson et ses aliments; qu'on le regarde. Pendant l'interrogatoire, il regarde tout à coup l'interne et l'accuse de l'électriser. Par ailleurs ne paraît plus se rappeler les matières scolaires qu'il a très bien sues, paraît-il. Il est orienté. Légère catalepsie. — En le pressant un peu, on finit par obtenir des réponses assez incohérentes. On fait un certificat de placement à Sainte-Anne.

1er février. — Sa mère le ramène ; il n'a pas été placé, parce que, rentré chez lui, il n'a pas voulu se lever et est resté au lit des journées entières. Depuis plusieurs jours paraît plus réveillé, dit sa mère, mais il s'excite, fait du tapage, injurie les voisins. En venant prendre le métro il a dit des sottises à toutes les personnes sur son chemin.

Interrogé, il dit qu'il se repent de l'avoir fait et qu'il ne sait pas pourquoi il a dit des injures aux gens qui passaient; il nie qu'on lui en veuille et il reconnaît qu'il a le cerveau malade. Il a d'ailleurs la même expression de physionomie figée. Souvenirs de l'enseignement reçu extrêmement vagues, mais il est orienté. Phénomènes cataleptiques nets : il reste un bras levé pendant fort longtemps. Comme on recherchait les idées hypocondriaques qu'il nie pour le moment, il raconte qu'après un accident il a eu le pouce gauche abîmé, et il regarde son pouce; il tient sa main gauche et son pouce levés devant lui toute la fin de l'examen dans une attitude persistante. Il prétend, interrogé, que c'est pour se convaincre de l'accident.

Il n'a pas été possible de vérifier exactement la mémoire du jeune homme. Les questions posées ont été seulement des questions dites d'intelligence. Il me paraît probable que le malade était débile. On peut se demander pourtant si la démence ne va pas s'installer très rapidement. On remarquera les signes de catalepsie, qui trouveront leur développement complet dans la forme dite catatonie, et l'accès d'excitation, enfin la disparition rapide des idées délirantes.

Enfin, je ferai seulement allusion à un enfant de neuf ans, que j'observe en ce moment, malade depuis un an, qui prend des attitudes étranges, ne travaille plus, est indifférent à tout; il a des accès de colère terribles quand on le contrarie, de l'insomnie et des terreurs nocturnes, etc. Je veux seulement relever l'âge si tendre du début : *huit ans*.

L'observation qu'on va lire s'oppose jusqu'à un certain point aux formes précédentes : on pourrait en faire une forme pseudo-maniaque de la folie discordante hébéphrénique.

Hébéphrénie pseudo-maniaque. — Ja... Pierre, doreur sur bois, entré à Bicêtre le 14 mars 1905.

Antécédents (d'après les renseignements de sa mère). La mère serait nerveuse et le père buvait. J..., à 3 mois, aurait fait une grave maladie sur laquelle il est impossible de rien savoir; il aurait marché tardivement. Un frère cadet aurait eu toutes ses dents ensemble à dix-huit mois.

J..., élevé en province, aurait eu son certificat d'études si on l'avait laissé à l'école, paraît-il. Doreur sur bois, il était très patient, gagnait 7 et 8 francs par jour; il a appris très vite.

Il fait, en 1900, son service militaire aux Alpins. Il s'est plaint du froid; il a eu des maux de tête et des douleurs dans tout le corps. On lui aurait extrait des polypes du nez. Il revient en 1903. Ne fume ni ne boit. On s'aperçoit qu'il est devenu sournois, difficile, violent. Insomnie, cauchemars, cris nocturnes (?). Il vit avec une maîtresse. D'après elle, son amant prétendait que les autres ouvriers étaient jaloux de son travail. Il a une petite fille. Il devient très in-

quiet. Quelques jours après l'accouchement, il met à la porte sa maîtresse avec l'enfant, puis il les reçoit de nouveau. Il fait du bruit la nuit en disant qu'il veut se rengager. Il se présente à une caserne où il fait du tapage, ce qui le fait envoyer au Dépôt le 13 mars 1905.

Du 14 mars 1905 au 28 décembre 1905. — Je n'ai que peu de renseignements. Poids 61 kilogr. 500. Le docteur Féré, mon prédécesseur, fait le certificat immédiat suivant :

« Excitation maniaque, délire polymorphe, hallucinations auditives ; à observer. »

Le 19 mars, le malade tombe soudain en arrière, avec perte de connaissance, pas de convulsions, léger tremblement des lèvres et des paupières, un peu d'écume à un coin de la bouche.

Aspect d'excitation maniaque jusque vers fin mars. Puis période où J... aurait été tranquille et même sombre, ne parlait plus.

Le 1er juillet. — Poids, 65 kilogrammes — Recommence à être agité.

Le 4 juillet. — Il est noté que le malade s'est épilé complètement la moustache entre 9 h. 1/2 et 10 h. 1/2. Il se gratte le cuir chevelu avec des cailloux pointus depuis quelque temps. Cicatrices du cuir chevelu. Eruption furonculeuse aux jambes.

Le 7 juillet. — Dans l'après-midi s'épile les cils des deux côtés, surtout à droite.

Il engraisse de plus en plus malgré l'agitation persistante, si bien que le 11 décembre 1905, il pèse 72 kilogr. 500.

28 décembre 1905. — Ayant pris le service, je vois le malade pour la première fois. Je le trouve atteint d'un délire vague de persécution et de grandeur, avec hallucinations de l'ouïe possibles, ce qui me fait penser à la « démence précoce» ou à un délire mal systématisé chez un débile. Il prétend qu'il a eu la vérole. Il a l'air satisfait. Mais il est très bavard et pas réticent du tout.

Le 4 janvier 1906. — Interrogé sur l'attaque qu'il aurait eue le 19 mars de l'année précédente, il prétend qu'il l'a simulée, qu'il l'a déclaré sur le moment même à sa femme. Celle-ci, venue aujourd'hui, confirme la chose.

Aujourd'hui même, il a eu de nouveau une chute avec perte de connaissance paraissant réelle, sans convulsions, ni évacuation, ni écume à la bouche.

Du 27 avril au 7 mai. — Agitation et cris par intervalles, propos comme ceux que nous rapportons plus bas en détail. On pense à une P. G. possible.

Le 18 mai. — La ponction lombaire ne révèle pas de lymphocytose.

Le 17 août. — Interrogé, il répond : « Ça ne va pas du tout, je suis persécuté par la méchanceté du monde. On n'indique pas bien la vie du monde. Une supposition, la Chambre des députés devrait être l'enseignement de la vie de l'homme et de la femme.»

D. — Quel rapport cela a-t-il avec vous ?

R. — Moi rien, mais ça affole le monde. Avec leurs crédits qu'ils votent, ils fatiguent la classe ouvrière. Je suis embêté par tous les hommes, il y a des hommes qui rêvent de ne pas laisser la femme à leur mari.

D. — Pourquoi êtes-vous malade ?

Le malade se livre à des considérations philosophico-socialistes vagues et incohérentes, puis il ajoute : « Il y a une force brutale qui vous paralyse le corps ; c'est la méchanceté des gens qui sont autour de moi. Ils me lancent des décharges

électriques en passant. Ils ont la haine de la vie des hommes, ça vous brutalise, ça vous immortalise et par la voix du cœur ils lancent des décharges électriques. Ce sont des malades qui ont besoin d'êtres soignés. »

D. — Qui êtes-vous ?

R. — Oh! ma foi, je suis un jouet et un mannequin pour vous. C'est ma femme qui doit me conduire. Je suis ce que vous voulez. Je suis marié par la nature. J'accepte le mariage parce qu'il est très bien.

D. — Où êtes-vous ici ?

R. — Je suis dans un hôpital.

D. — Quel jour ?

R. — Vendredi..... mois d'août 1906 (mais ne sait pas le quantième). Il faut changer le calendrier pour qu'il marque la fête du peuple. Vous devez y fêter les fêtes familiales de la moisson, de la culture, de la nature.

. . . .

R. — Je suis persécuté par les gens qui cherchent à donner de la direction à la vie.

D. — Avez-vous des amis ?

R. — Non.

D. — Vous n'avez pas d'ennemis ?

R. — Non, je n'ai pas d'ennemis.

D. — Vos organes fonctionnent-ils bien ?

R. — Non, ils ne fonctionnent pas, sans cela je n'aurais pas la peine de me masturber. Ma tête change de physionomie par la méchanceté.

D. — Avez-vous un cerveau ?

R. — Oui, il faut qu'il se rapporte à tous.

D. — Votre cœur ?

R. — Mon cœur appartient à la bonne vie.

Il a toujours l'air jovial et épanoui. Il engraisse.

1er septembre 1906. — Depuis quelque temps le malade fait des grimaces épouvantables.

D. — Pourquoi faites-vous des grimaces ?

R. — J'ai des troubles dans la tête. Je veux faire travailler ma femme. La nature nous a donné une femme à chacun.

D. — Vous êtes marié ?

R. — Non, je n'en ai pas les moyens.

D. — Est-ce une maîtresse que vous avez ?

R. — Non, c'est la femme à tous, une légitime.

D. — Quel métier?

R. — Doreur sur bois.

D. — Où êtes-vous ici ?

R. — A l'hospice du Kremlin-Bicêtre.

Sait le jour et le mois de l'année, mais pas le quantième.

Il dit que c'est samedi (exact) et il ajoute : « Ma femme vient me voir le jeudi et le dimanche. C'est pourquoi je connais le jour. Pourquoi m'a-t-on mis du poison dans la plaie. Si on n'avait pas fait ça, mon cœur aurait battu davantage. »

D. — Qui est-ce qui vous a fait ça ?

R. — Je ne sais pas. La lune nous envoie de la nourriture ; je sens la lune au

goût et la piqûre que j'ai dans le derrière et d'ailleurs moi aussi je suis une alimentation.

D. — Qu'est-ce que vous voulez dire par là ?

Le malade ne répond pas et se met à rire.

10 novembre. — Grimaces continuelles, agitation légère constante.

D. — Pouquoi faites-vous des grimaces?

R. — C'est la paralysie.

D. — Quelle paralysie ?

R. — On me fait faire des paralysies; on me fait masturber.

D. — Qui ça ?

R. — Quand ma femme vient, ça m'excite et je me masturbe; les autres me poussent à me masturber.

... On m'envoie des courants qui me ravagent la tête.

D. — Quels courants?

R. — Des courants de méchanceté.

D. — Pourquoi vous fait-on tout ça?

R. — Parce qu'ils s'ennuient.

D. — Où sont-ils?

R. — Là-haut... (le malade fait un geste vague.)

4 janvier 1907. — Grimaces continuelles. Le malade contracte violemment le peaucier du cou. Toujours air jovial et en dehors.

D. — Pourquoi faites-vous des grimaces?

R. — C'est lui qui me transmet le courant (il indique un malade qui fait des grimaces).

D. — Depuis combien de temps êtes-vous ici?

R. — Depuis la formalité.

D. — Qu'est-ce la formalité ?

R. — C'est la vie formelle.

6 janvier 1907. — J... est très agité. Il crie dans la cour et semble répondre à des questions. ;

« Comment ? vous dites ? Oui, j'entends vos voix.

« Vous êtes tous des vaches, des lâches, des feignants.

« Vous n'avez que des malédictions à me faire voir...

« Vous m'emm..... Vous n'avez pas fini avec vos inventions de corps humain ?.

« Qu'entendez-vous par la vie terrestre et la vie éternelle ?...

« C'est au soleil à parler et non vous par la transmission des voix intérieures sans qu'on vous adresse la parole...

« On parle même sans le vouloir... »

Le surveillant l'interpelle : « Pourquoi criez-vous ainsi ? »

« C'est assommant, répond-il, d'être troublé dans son sommeil par ces cochons-là ! On est dans la peau d'un autre ! On vous envoie des visions. »

Le jour suivant il se calme, mais écrit des phrases incohérentes et obscènes sur les murs de sa cellule et sur des feuilles de papier; voici ce qu'il y a sur une de ces feuilles (la plus convenable):

« Créateur et créature.

« En République.

« Monuments couleur, chairs.

« La création du monde.

« Résidents patronals et patronales.
« Propagandes féministes.
« Positions de l'amour et situations.
« Transmission de la voix. Individuelle.
« Voix intérieures parlant d'un corps à l'autre. »

15 janvier 1907. —

D. — Pourquoi écrivez-vous tout ça sur le mur?

R. — C'est des voix internes qui m'obligent à écrire.

15 février 1907. — Propos obscènes continuels, incohérents comme dans les échantillons ci-dessus. Parle tout seul dans la journée sur un ton déclamatoire.

D. — Quel mois sommes-nous?

R. — On ne m'en donne pas l'idée et la pensée, car ce sont vos idées que je dis, elles vivent pour la satisfaction de tous les peuples...

29 juin. — « J'ai des paralysies corporelles, par les autres corps; j'ai le cœur malade, j'ai des rétrécissements dans le cœur, j'ai le cœur tyrannisé. »

On demande au malade de grimacer : il grimace en expliquant que ce sont des paralysies corporelles. Dans le cours de la conversation il grimace spontanément.

Le 2 septembre 1907. — Grimaces continuelles ; il explique qu'il y a des voix intérieures qui parlent en lui : « J'ai le cœur phonographe. »

Fin de l'année 1907 et année. 1908 — Même état avec des moments de plus grande agitation joviale, de grimaces, de bavardages du même genre que ci-dessus. Ecrits où les mêmes signes se retrouvent, répétition de mots semblables par le sens, de mots fabriqués. Ainsi le 16 octobre 1908, on le fait écrire; il écrit spontanément :

« Se fout de moi, se moque de moi, abuse de moi.
« Enrolations attitrations.
« Des infirmités, des paralysies
« Ça m'est impossible, j'en suis incapable d'être soigné, d'être soulagé.

. . . .

« Un ouistiti, un pantin, un arlequin, un guignol.
« Dans la purée, dans la mendicité. »

De temps en temps, un peu moins agité et excité, il est capable de donner des détails précis sur son passé, sur sa famille. Il reçoit sa femme tantôt bien, tantôt mal. Ainsi *le 30 octobre*, après avoir raconté, sur mon interrogation, ce qu'il faisait dehors, on lui demande :

D. — Votre femme vient-elle ?

R. — Elle travaille, elle vient quand elle peut.

D. — Vous avez une petite fille?

R. — Oui.

D. — Quel âge?

R. — 3 ou 4, 4 ou 5 ans.

D. — Lequel des deux?

R. — Je n'en sais rien.

D. — Etes-vous content de la voir (votre femme?)

R. — Croyez-vous que je suis content de voir une femme quand je suis enfermé? Si j'étais en liberté, oui.

Fin de l'année 1908 et commencement de l'année 1909. — Toujours même état;

il n'y a que quelques rares moments où J... ne soit pas de bonne humeur. Il a l'air de s'épanouir de plus en plus; il est constamment réjoui et jovial; il est gros, gras, florissant physiquement. Un jour de janvier, dans la cour, il me raconte toujours de la même façon plaisante qu'il est né il y a 2000 ans, que le soleil et la lune s'intéressent à lui, puis il dérive rapidement vers un thème érotique sur lequel il est intarissable. Un autre jour il veut absolument me faire entendre « les sonneries de trompettes de l'artillerie ». Criant de toutes ses forces il imite approximativement le son de la trompette et me demande de l'admirer.

2 avril 1909. — On revient sur les idées de grandeur.

D. — Il y a 2000 ans que vous êtes né?

R. — C'est le trentenaire, puisque la lune et le soleil accouchent tous les mois. Nous sommes 48 hommes et 48 femmes qui ont 1906 ans. Où sont-ils, tous ces frères d'enfance et toutes ces sœurs d'enfance qui ont 19 siècles à un mois de différence?

D. — Quand êtes-vous né?

R. — Il n'y avait pas d'années à ce moment-là. Par ma renaissance, je suis né en 1879 (exact).

D. — Votre vraie naissance?

R. — Vous n'êtes pas assez savant pour me le dire. On pourrait dire le mois de la naissance, janvier ou janviòse (le mois de sa vraie naissance est août)…. Je suis né en plein air où il n'y avait aucune maison, aucune construction maçonnique, parce que mon père et ma mère ont contracté leur amour en plein air.

D. — Quel jour sommes-nous ?

R. — Vendredi. Hier c'était visite.

D. — Quelle date?

D. — Il n'y a pas de calendrier ici. Alors par la pensée je ne sais pas.

R. — Quelle année?

R. — 1908 ou 1909, 1909.

D. — Depuis combien de temps êtes-vous ici?

R. — Il y en a quand ils parlent ils ne savent pas ce qu'ils disent, moi je sais ce que je dis. Hier j'ai fait le cheval; j'ai...... la jument; je les enc... je les enviande... je dis ça dans les comicités parlantes.

D. — ?

R. — Ce sont vos paroles ou celles du soleil et de la lune.

D. — Comment s'appelait votre père?

R. — Par ma renaissance Bernard J...; mon vrai père c'est le soleil, ma vraie mère c'est la lune...

Je contracte la tuberculose la nuit, et le jour j'ai des douleurs dans le corps...

Puis se tournant vers M. X..., qui le regarde avec curiosité, il ajoute : « Vous avez une bouche et des dents, j'y f... bien mon... sans m'écorcher. »

On revient sur son métier ; il donne des détails très sensés sur ce qu'il a fait et pas fait; il dit qu'il n'a pas fait d'apprentissage régulier, mais il a pu gagner jusqu'à 15 sous l'heure. Puis il fait spontanément des grimaces et dit : « Ça me remue la tête et les oreilles; ça me remue le membre et les c... ».

D. — Qui vous fait cela?

R. — C'est l'électricité; c'est l'électro-vigueur et l'électro-aimant. J'ai des agitations membraniques (du membre).

Il continue à faire des grimaces horribles et contracte énergiquement son peaucier du cou. Il a apporté dans le cabinet du médecin un petit instrument de musique d'enfant où on souffle. On lui demande d'en jouer. Au lieu de s'exécuter, il crache dans son mouchoir, si fort et si souvent, et avec tant d'efforts qu'il en a presque des haut-le-corps; puis il se mouche de même en fermant alternativement les narines et en faisant des grimaces. Comme on ne peut tenir son sérieux devant ce spectacle grotesque, il ajoute : « C'est rigolo, je ferais un beau clown; si j'étais clown dans un cirque, je ch... par terre pour faire rire le peuple... Je ferais un bon clown... » Il finit par tirer quelques sons de son intrument; il s'arrête et dit : « Ça m'entête, j'ai des entêtations grimaçantes. » Enfin il essaie de jouer la *Marseillaise*.

A propos de ces mots fabriqués et de ces répétitions de mots qu'il a l'air de chercher et de vouloir, on avait noté au hasard quelques jours auparavant les phrases suivantes :

« Je m'harmonise et me symphonise.

« Protectionnisme, protectionniste, service protectionnel.

« Vous me reconnaissez. je suis un service de connaissance, nous sommes de reconnaissance.

« Vous écrivez, vous inscrivez, vous ordonnez un programme.

« Je m'organise, je symphonise et je m'organise l'intérieur.

« Dans son accouvation, dans son accouchation, dans son accouchement.

« Solaire et lunaire ou lunatique et solitique.

« Elle a la puissance, elle a la résistance, elle a la réjouissance. »

Au point de vue somatique rien de bien particulier à noter. Embonpoint très marqué. Poids 70 kil. (le 14 avril 1909). Les oreilles sont petites; la physionomie n'est pas très intelligente. Les réflexes sont normaux, plutôt forts; les organes normaux. Les anneaux sont peut-être un peu larges, et par la volonté J... peut faire remonter les testicules et presque les cacher dans les orifices de ces anneaux.

J... a une fille de 5 ans; celle-ci depuis huit mois présente un trouble de la parole qui, d'après la mère, va en s'accentuant (blésité).

Il semble bien que les prodromes seraient apparus quand J..., à 21 ou 22 ans, était aux Alpins. Peut-être est-il taré (père alcoolique); les renseignements sur l'enfance sont incomplets. Le début réel assez tumultueux paraît comporter un délire polymorphe hallucinatoire avec agitation et excitation dont on voit des restes plus tard. Il y a deux pertes de connaissance spéciales qui sont souvent signalées dans les hébéphrénies et « démences précoces ». Variation de poids. Engraissement extrême avec agitation presque constante. Actes absurdes. Enfantillages; délire incohérent; propos absurdes, niais, déformation de mots, grimaces, érotisme, le tout pêle-mêle comme je le rapporte en désordre, et par-dessus tout cela l'*aspect maniaque* avec *satisfaction* béate constante.

Cet aspect était si frappant par moments qu'un médecin étranger, à qui je montrais le service, me dit en voyant le malade J... s'avancer, en goguenardant, vers nous, que c'était un maniaque. Il lui manquait plusieurs choses pour l'être tout à fait : l'excitation intellectuelle n'était pas aussi étendue et se bornait aux mêmes idées avec des déformations des mots, des incohérences qui n'arrivent pas dans la manie aussi peu intense; la mémoire n'était pas excitée. Pourtant J... fait attention à tout (instabilité de l'attention) et se moque de tout le monde, mais il n'y a pas non plus la teinte de méchanceté que l'on rencontre si souvent dans l'excitation maniaque. Tout est discordant d'ailleurs chez J..., sa joie sans cause, ses idées délirantes absurdes, ses grimaces, ses enfantillages, qui ont fait rechercher la paralysie générale; rien ne tient ensemble. Et avec cela, quand on peut l'interroger dans ses accalmies, il n'a pas l'aspect d'un dément vrai. Ce qui distingue J... des autres fous discordants vus jusqu'ici, c'est qu'il n'est pas indifférent, affaissé ou déprimé; *au contraire*, comme on le voit, sauf qu'il est adapté à l'asile.

Nous verrons d'ailleurs que Der... O. (p.808), est indifférent par un côté, puisque adapté, mais s'intéresse à ses représentations artistiques. Il ne faut donc pas, comme certains auteurs, faire de l'indifférence un signe pathognomonique de la folie discordante.

Folie paranoïde (« démence paranoïde » de Kraepelin).

Cette forme, comme je la comprends, ne paraît pas aussi fréquente que l'hébéphrénie. Aussi citerai-je encore une fois une malade vraiment typique que j'ai eu l'occasion de voir à plusieurs reprises.

Folie paranoïde typique. — Chez Mme L..., sur un fond d'indifférence se jouait un délire incohérent, inouï de contradiction et d'absurdité, qui s'accompagnait parfois d'excitation plaquée sur cette indifférence, et à la fin de rires et de gestes sans aucune relation, ou en contradiction avec les idées exprimées. L'excitation était assez fréquente au début, surtout en présence des personnes qu'elle avait accusées de lui nuire; elle devenait alors parfois violente. Je raconte textuellement quelques-uns des extravagants propos qu'elle a tenus en ma présence.

« Je suis enceinte dans mon âme, mon cœur et ma matrice de Jésus-Christ; je suis la maîtresse de trente rois et de Bonaparte; divorcée d'avec X..., par toutes les Églises. J'ai été à la Cour de Cassation qui s'est mise à mes genoux et a déclaré que je n'étais pas folle... Je suis morte de la petite vérole; Bourbon est venu me chercher au cimetière. J'ai envie de manger des asperges et

on me fait manger des ordures. Toutes les nuits on m'enterrc vivante; je suis coupée en morceaux et les rois viennent coucher avec moi pendant que je suis hypnotisée... Saint-Saens a dit que j'avais plus de génie que lui; une œuvre de moi vaut 800 millions... Jc suis la seule femelle du monde entier, les autrcs femmes sont des hermaphrodites, je ne veux pas coucher avec. »

Ce délire variait peu, sauf qu'il y avait de temps en temps quelque innovation délirante toujours aussi absurde que les autres. Il y avait peut-être eu des hallucinations au début; je n'ai pu qu'une ou deux fois constater des hallucinations de la sensibilité générale. « On la pinçait, on la piquait », et elle sursautait brusquement en accusant sous mes yeux des sensations douloureuses soudaines. L'excitation et la réaction aux idées de persécution devenaient de plus en plus faibles; l'indifférence s'étendait et la malade souriait, comme si elle s'était moquée de vous, en racontant ces énormités; en même temps, les gestes dont elle avait appuyé quelques-unes de ses idées devenaient stéréotypés et indépendants d'elle. Les lettres qu'elle écrivait étaient la reproduction du même incohérent verbiage. Cependant, autant qu'on pouvait s'en rendre compte, la mémoire était conservée sur les points essentiels, ainsi que l'orientation dans le monde extérieur et le temps. Comme elle était très surveillée et soignée, il était difficile de savoir si elle eût, toute seule, présenté du laisser-aller dans sa tenue. En un mot, l'incoordination, la discordance des idées, des actes et de l'état émotionnel, pour si grande qu'elle fût, n'était pourtant pas en rapport avec une démence actuelle. Tout au plus pouvait-on la prévoir par la disparition graduelle de l'excitation et de la réaction émotive aux idées délirantes de persécution, par une disjonction plus grande d'avec les idées des actes devenant automatiques, le tout se produisant très lentement après cinq ou six ans de délire environ. La santé physique était d'ailleurs constamment excellente. Je dois ajouter que la physionomie et la mimique dénotaient la débilité mentale.

Chez M[me] L..., d'ailleurs mentalement anormale antérieurement, la particularité qui permet de la ranger dans un type spécial « paranoïde » est l'importance du délire, aussi au premier plan que dans la folie systématisée (paranoïa des auteurs), mais avec cette grosse différence qu'ici il est non seulement polymorphe, mais aussi extrêmement incohérent et absurde, sans que l'excitation puisse expliquer cette incohérence, *incohérence à froid*. Car au fond il y avait indifférence émotive et sentimentale, sauf au début; à ce moment les idées de persécution amenaient seules une réaction ainsi que les préoccupations maternelles (dont je n'ai pas parlé) tôt disparues, et il n'y a jamais eu de période d'excitation ni d'agitation pouvant expliquer l'incohérence, pas plus qu'il n'y avait démence proprement dite. Dissociation rapide des idées et de l'émotion, stéréotypies secondaires en formation, donc *discordance*, enfin conservation de la mémoire, même au bout de cinq ans, délire absurde, polymorphe, extravagant et incohérent : voilà la caractéristique de ce type clinique, très pur chez

Mme L..., et qui mérite bien ce nom de « Schizophrénie » que lui ont donné certains auteurs. Démence « paranoïde » est aussi un mot employé qui rend compte de la forme du délire, mais non de la longue conservation partielle de l'intelligence. Si on la compare à des vraies « paranoïas » à la période de démence comme Bed... (p. 676), on s'aperçoit que la ressemblance est grande; mais d'emblée, ou presque, le délire paranoïde dépasse même cette incohérence démentielle de ceux qui ont commencé par un délire systématisé. On peut se demander pourtant si entre la folie la plus « paranoïde » et la folie la plus systématisée il n'y aurait pas tous les intermédiaires possibles?

Le cas suivant est beaucoup moins pur; il présente déjà des signes empruntés au type catatonie; les types purs comme Mme L... sont rares, de même que les vraies catatonies. Mais ce qu'il y a de plus intéressant, c'est que je puis donner l'observation dès le début.

Folie discordante, délire « paranoïde », grimaces, maniérisme, puis mutisme, avec négativisme, sourire ironique, sans catalepsie.

Fri..., Jean, âgé de 17 ans, mouleur en cuivre, entré à Bicêtre le 6 juin 1907.

Antécédents (fournis par la mère, peu intelligente). — Rien du côté du père; parents morts très âgés. Du côté de la mère, la grand'mère est morte à 55 ans de la poitrine, le grand-père, vivant, a 81 ans. Le père du malade (que nous avons vu et qui n'a pas l'air intelligent, aurait été malade quatre à cinq ans avant son mariage (syphilis?). La mère n'a pas fait de fausses couches. Cinq enfants en tout, dont deux morts de méningite, âgés de quelques semaines.

Le malade n'a pas uriné tard au lit, a marché à douze mois; dentition régulière dans son évolution; mais terreurs nocturnes vers dix ans. A parlé de bonne heure. Pas de colères. N'a pas eu son certificat d'études à cause du calcul; il aimait mieux le travail manuel que le travail scolaire, pourtant il savait lire et bien écrire. Il a commencé à travailler à 13 ans comme mouleur en cuivre. Il est très bon ouvrier et très intelligent, dit la mère, puisqu'il gagne 7 fr. 50 par jour actuellement, à 17 ans.

A la fin de janvier 1907, il change d'atelier; c'est à ce moment qu'aurait débuté l'affection. Il se plaignait que les autres ouvriers l'endormaient, lui en voulaient, l'empêchaient de travailler. Il continuait à manger, ne faisait pas d'excès de boisson et dormait bien. Il se mettait souvent en colère. Chez lui il se figurait que les voisins voulaient lui donner des coups de couteau. En mai il attrape la blennorragie.

Mardi dernier il est rentré dans sa chambre, s'est mis des chiffons sur la tête, accuse sa mère de ne pas vouloir le défendre contre les voisins qui veulent le tuer. Pleure et rit sans motif.

6 juin 1907. — Il est amené à Bicêtre. Tenue et aspect ordinaires. Il répond aux questions, sait où il se trouve; est orienté. « Depuis quinze jours, dit-il,

j'entends des voix la nuit ; on veut me tuer pour faire mon autopsie. Il y a des voix qui me disent d'accepter, d'autres qui me disent de refuser. « Je veux te tuer. » — « Il ne faut pas te laisser faire ».... Les médecins ont promis de me guérir pour 160 francs. Ils n'ont pas réussi et maintenant ils veulent me tuer. Je ne vois pas les personnes qui veulent me tuer; elles ne veulent pas se montrer, mais je les entends bien dans mon idée. Je ne dors pas la nuit à cause de ces voix; pour me défendre, je donne des coups de poing dans le vide. L'autre soir j'ai entendu M. Hamard, chef de la sûreté générale, qui est venu chez moi avec une bande d'apaches pour me tuer la nuit. Dans le plafond de ma chambre il y a des trous et j'entends comme des coups de revolver qu'on tire à travers. Je me figure que je me bats en duel. L'autre jour j'ai cru qu'il y avait des Indiens sous mon lit, et je regarde dessous, mais je n'ai vu personne (il avait lu dans la journée le « Buffalo Bill » où il y avait une image représentant des Indiens). Il lit beaucoup. Il avoue se mettre facilement en colère, car un rien le contrarie, mais il ne frapperait jamais : « Dès qu'on me contrarie, je me sens retourné, mais je ne frappe personne. »

Léger tremblement des mains. Rien d'anormal, sauf les réflexes patellaires exagérés, un peu de constipation ; les extrémités sont froides et cyanosées. Blennorragie légère.

Il dit qu'il se croit malade. Dans toutes les réponses qu'il a faites aux questions, il emploie presque toujours cette formule : « Dans mon idée j'entends. » .... Pendant la conversation son front reste constamment immobile, absolument lisse (signe de débilité mentale). F... s'agite sur sa chaise et regarde continuellement ses mains en les remuant. Il met de la bonne volonté à répondre. On le fait écrire : il écrit spontanément à ses parents avec de nombreuses fautes d'ortographe : « Cher parents,je vous écrit pour vous faire savoir que je sui en bonne santé, si vous voulez venir me voir dimanche, cela me ferait bien Plaisir. » A la fin de l'interrogatoire il dit qu'il est moins bien que chez lui, mais qu'il s'ennuie moins. — Niveau mental très suffisant, mais instruction faible. Poids 49 kilos. Mémoire intacte. En somme, seulement légère débilité mentale.

10 juin. — Continuation des mêmes idées délirantes. Il ajoute qu'il se croit somnambule. Quand on lui demande ce que c'est, il répond : « Un somnambule est un homme qui se lève la nuit, mais qui ne se voit pas: j'avais dans l'idée que j'étais somnambule. Je ne savais pas ce que je faisais étant levé parce que je ne voyais pas. »

15 juin. — Dit mieux dormir et ne plus entendre les ondes électriques qu'il entendait chez lui; on ne le menace plus. Il est content d'être à Bicêtre.

17 juin. — « Les ondes électriques sont passées; ils n'osent plus le faire ici. » Il continue à raconter au passé les persécutions subies. « On voulait faire mon autopsie; je vois clair, mais les personnes à qui j'en veux je ne peux pas les voir. On m'a arrondi toute la tête parce que j'avais une déformation de la tête (le malade se tâte le cou parce que les artères lui paraissent tendues). Ces trois hommes m'avaient fait des propositions insolentes, ils voulaient m'enc... (dit n'avoir jamais rien senti d'anormal au fondement); j'avais dans l'imagination qu'on voulait me faire masturber pour me rendre fou.

« Jamais je ne rêve.

« Ces hommes m'ont lancé des coups de poing que je n'ai pas sentis parce

que ça m'a fendu la tête... Ils me lançaient des ondes... Il y avait des fois où je croyais que le manger a été empoisonné. »

D. — Quel manger ?

R. — Le manger d'ici. Ils l'ont fait pour me dégoûter du manger.

J'ai toujours cette idée devant moi; ils me parlent de tous les pays, du Japon, d'Amérique, d'Irlande pour m'engager comme soldat.

20 juin — F... a l'air préoccupé. Il tourne la tête à chaque instant, fait des grimaces avec ses lèvres, se caresse le menton et explique que « c'est nerveux ».

D. — Etes-vous poursuivi par les médecins ?

R. — Je dois avoir l'appendicite; je dois vomir, par moments j'ai le hoquet. — j'ai l'esprit triste parce que je m'ennuie. — Ils sont six médecins qui me poursuivent. Je les connais, je le sais, mais je n'ai pas le droit de le dire. — Omes, Aubert, Mouton, Aurence, Vialet, Nicaster, sont les médecins qui m'en veulent. Ils tournaient autour de mon lit et à force ils m'ont rendu fou.

Le malade rit pendant qu'il dit ces noms de médecins. Il dit voir Nicaster pendant qu'il nous parle. Il regarde la cheminée et dit que c'est une cheminée de bateau, parle d'un policeman américain, Dick Leymour, ajoute que la mort plane sur lui et affirme qu'il voit un bateau dans la chambre(?),

21 juin. — Le malade sourit en s'asseyant et à la demande répond qu'il est content.

Il y a trois personnes de plus, des ouvriers, qui l'ennuient. Puis il rit : « C'est comme un rire forcé ». Il croit que c'est ces personnes qui le font rire « avec des appareils ». Ses parents sont complices avec les médecins. Les personnes qui l'ennuient ont un appareil, ils mettent la photographie dedans, la font tourner et sont devant lui sans qu'il les voie, car ils se rapetissent avec cet appareil qu'ils ont sur eux et où ils mettent la force qu'ils veulent. Ils peuvent aussi voler avec cet appareil qui est comme un appareil photographique. Ils sont constamment après lui et l'empêchent d'écrire toutes ces aventures. Il dit penser à la guerre russo-japonaise.

. . . .

Il est constamment agité sur sa chaise pendant la conversation; il sourit, grimace, arrange continuellement sa casquette, regarde ses mains qu'il trouve tantôt blanches, tantôt violettes, croise les bras, se tâte partout. Il se tâte à la fin la tête en expliquant que parfois elle est plus grosse d'un côté que de l'autre parce que quelqu'un la force. « Ils » sont tout le temps autour de lui, lui font tourner la tête à droite et à gauche, aussi finit-il par en prendre l'habitude. « Ils » lui en veulent à mort.

20 juillet. — « Ici je suis plus tranquille, parce que chez nous, ils voulaient m'opérer, ici ils osent moins. » Il continue à s'agiter, tâte sa tête, fait des grimaces, range sa casquette.

D. — Pourquoi êtes-vous agité comme ça ?

R. — C'est un tic, c'est une habitude que j'ai quand je n'ai rien à faire, je ne fais que bouger. J'ai jamais d'idée fixe, j'ai toujours l'idée changeante.

1er août. — Dit qu'il est à l'hospice depuis sept mois, depuis le 2 janvier. Hamard et Ménélick, chef de l'armée autrichienne, sont toujours après lui. On lui trafique l'estomac; ses boyaux sont pleins de petites roulettes qui empêchent la matière de descendre. Il dit qu'il a été traité de voleur par un médecin de la Salpêtrière, mais qu'il a une vie propre, on peut le voir au « téroscope ». La

fille Vial... l'a débauché. Ici c'est une souricière, c'est le nom qu'a donné M. Hamard à cet hospice. Le Président est complice. S'il sort d'ici, il veut aller au Tribunal pour donner ses preuves.

2 août. — Sa mère, malgré toutes les observations, le reprend. Sa blennorragie est guérie (injections de permanganate de potasse).

Deuxième entrée le 14 août. — Renseignements fournis par la mère. — « En revenant chez ses parents, il s'était mis à travailler comme si rien ne s'était passé. Le quatrième jour il n'est pas revenu de son travail chez lui. Le lendemain il revint ; il parle toujours, disant que je ne suis pas sa mère, qu'il ne connaît pas son père. Il nous a menacés, a voulu sauter sur son père en lui disant: « Tu es un sale Prussien, tu es venu manger le pain des Français » (le père est lorrain). Le père ayant dit qu'il lui donnerait une gifle, le malade a voulu se jeter sur son père. Déclamations par moments, disant qu'il était le maire du XX[e] ; dans la nuit il se dressait sur son lit, se disant Paul Pons, Raoul le Boucher. Il me demande si j'avais des idées sur lui et tient de vilains propos sur son père. »

15 août :

D. — Vous êtes revenu ?

R. — Oui, je voudrais aller travailler à l'étranger, en Amérique. Je n'ai pas d'argent et je ne peux pourtant pas voler. Ici tout le monde m'en veut, on me frappe partout. Toujours on me fait tomber en léthargie et on veut me faire tourner du côté de la femme. Et ils m'ont tourné la nature, je vais sur les hommes. Je n'ai jamais eu de parents. C'est moi qui suis Friquet. C'étaient des enfants trouvés, mes parents; c'est moi qui les ai fait grandir.

D. — Vous êtes satisfait d'être revenu?

R. — Oui, je suis content. On ne veut pas me voir, mais mon vrai âge c'est 22 siècles. Je suis le premier homme. Si M. Chamberlain veut m'interroger avec son « taroscope », vous le verrez. Le « taroscope » sert à épurer les cervelles: c'est comme ça qu'on voit si un homme est assassin ou non.

28 août:

« Vous savez que j'ai écrit au Président de la République pour avoir ma sortie. Je veux aller à Buenos-Ayres, pour travailler dans le moulage, là-bas on a 25 francs par jour. »

D. — A part cela ?

R. — Ça va bien.

D. — A quoi vous occupez-vous ?

R. — A rien.

D. — Vous avez dit que c'est vous qui aviez créé vos parents?

R. — J'aime mieux dire non, parce qu'on rirait. Je suis né en Ecosse.

D. — Quel âge avez-vous?

R. — Je ne veux pas le dire, parce qu'on me prendrait pour un déséquilibré ; j'ai fait le tour du monde du monde à 17 ans ; je suis revenu à 27 ans, et on m'a rapetissé, je ne sais pas pourquoi, avec « l'himoptyque ». C'est moi le vrai Ménélik. Naturellement c'est drôle à dire, mais je n'ai jamais été menteur.

D. — Comment vous appelez-vous?

R. — Je n'ai jamais eu de nom. Quand je suis revenu du tour du monde, on m'a appelé Friquet. Je suis fils d'Attila. C'est un Ecossais; c'est au fond du pôle nord. Il y a des haricots et je les écossais. Et comme je n'avais pas de nom,

j'ai pris ce nom-là parce qu'il y avait beaucoup de haricots. Je voudrais retourner au pôle nord..... la terre de là-bas a mille atmosphères parce que l'eau du pôle arrive fraîche. C'est pour cela qu'on dit terre chaude. Ça semble drôle, mais c'est comme ça. Pour y retourner, il faut que je traverse l'Angleterre et que je retrouve mon petit navire. Il y a douze habitants au pôle, dix en Ecosse et deux au pôle, ils vendent des haricots... J'ai été chez Louis Boussenard, je lui ai raconté ma vie et il en a fait des volumes. — Aussi autre chose qu'on ne voulait pas croire: dans les luttes aux Folies-Bergère, Charles le Boucher, Laurent le Beaucairois, Paul Pons, c'était moi. Après on me rapetissait, c'est quelqu'un qui me mettait en léthargie.

On veut me faire passer un petit « asturé ».

D. — Que veut dire asturé?

R. — C'est pour ne pas dire masturbé.

Tout cela est raconté sans arrêt, avec volubilité et en souriant.

2 septembre. — On trouve sur lui une lettre adressée au Président de la République, incohérente et remplie de fautes d'ortbographe, où il demande sa sortie dans les dix-huit heures, et qu'il termine en disant : « Mon vrai nom est Friquet et non pas Fr. un prussien Veullié me rendre reponse ou gare à la Bombe Russe signé Friquet Répons et sorti dans les 18 heures . v. p. »

Jusqu'à la fin de l'année même état. Poids, 52 kilogrammes.

2 Janvier 1908. — Poids, 53 kilogrammes.

16 Janvier 1908. — La mère trouve son fils « plutôt mieux » . Néanmoins elle a remarqué quelques manières pendant ses visites. Le malade dit qu'il a quelque chose de sale dans la bouche, il crache dans du papier, par terre ; il a demandé hier à son père et à sa sœur pourquoi ils le regardaient ; il flaire les friandises qu'on lui apporte.

16 février 1908. — Depuis quelque temps F... s'isole dans la salle; il mange et dort comme tout le monde, mais il passe ses journées au pied de son lit ou dans un coin de la cour, ne causant à personne. Quand on l'interroge il répond de mauvaise grâce, souvent évasivement, avec un sourire ironique.

D. — Que désirez-vous?

R. — Rien.

D. — Voulez-vous aller chez vos parents?

R. — Non.

D. — Etes-vous bien ici?

R. — Oui.

D. — Préférez-vous rester ici ou retourner chez vous?

R. — Ça m'est égal.

D. — La dame qui vient vous voir est-elle votre mère?

R. – Non.

D. — Où est votre mère?

R. — Je ne sais pas (il se mord les lèvres puis sourit).

D. — Alors que voulez-vous qu'on fasse de vous?

R. — Rester ici.

D. — C'est entendu.

Le malade s'en va en souriant.

19 février 1908. — Poids. 55 kilogr. 500. Répond difficilement aux questions banales et aux autres pas du tout. Il sourit ironiquement ou pince les lèvres.

ne regarde pas son interlocuteur et tourne sa casquette entre ses mains.

3 mars 1908. — A enlevé la visière de sa casquette. Aucune explication n'est obtenue. Sourit constamment. Répond tout au plus par oui ou non aux questions.

4 avril 1908. — Ne répond plus rien du tout. Mutisme absolu. Sourire figé sur les lèvres.

8 avril 1908. — Sa mère prétend qu'il lui parle et le trouve très bien; elle veut le retirer et fait une scène quand on lui explique que cette sortie est absurde. On le lui rend sous toutes réserves. Il sort le 17 avril.

Troisième entrée le 6 juin 1908.

Renseignements fournis par la mère. — Depuis sa sortie il restait assis et muet dans le débit de vins. Il souriait constamment. Il paraît qu'il parlait seulement à sa mère pour demander à manger, à boire, le journal, demander des détails sur ses parents. Le 6 juin, sans que rien pût faire prévoir l'acte, il casse les vitres de la cuisine avec son poing, il se laisse en riant laver les mains et, comme on lui reproche son acte, il recommence; on l'emmène aussitôt à Bicêtre.

7 juin 1908. — Mutisme complet. Sourire ironique perpétuel. Tête baissée, ne regarde personne; se conduit à part cela normalement dans le service, mais refuse d'obéir à tout acte commandé, sauf s'asseoir; ferme les yeux et serre la bouche quand on lui commande de les ouvrir, résiste aux mouvements qu'on veut imprimer à ses membres. Reste assis ou debout, figé; pas de manières particulières.

26 octobre 1908. — Depuis son entrée n'a guère varié. Aujourd'hui on peut pendant un instant obtenir quelques réponses.

9 décembre 1908. — Ne résiste plus aux mouvements, mais pas de catalepsie; le sourire est moins marqué et moins ironique.

22 février 1909 :

D. — Comment allez-vous?

R. — Ça va bien.

C'est tout ce qu'on en peut tirer. Sourire indifférent.

18 avril 1909. — Poids 59 kilogr. 500.

30 avril 1909. — Plus de sourire. Indifférence, docilité, mais pas de suggestibilité. Ne répond pas aux questions, mais nomme quelques objets ordinaires qu'on lui montre.

18 mai 1909. — Il faut noter que depuis ces deux années (presque) de maladie, F... n'a cessé d'être bien portant physiquement, qu'il a grandi et grossi, qu'il a gagné 10 kilogrammes de poids.

En résumé : enfant nerveux (terreurs nocturnes) et anormal psychiquement, probablement taré héréditairement, comme le montrent deux frères ou sœurs morts de méningite. Début à 17 ans. Délire tout à fait absurde, incohérent, mobile, contradictoire, de persécution hypocondriaque, de grandeur, etc., avec idées fantaisistes comme dans un rêve (sans être un délire de rêve), plus extravagant que dans la paralysie générale, délire que l'on peut appeler en partie délire d'imagination, mais sans imagination réelle, car tout est puisé dans les romans d'aventures que F...

a lus; avec mots fabriqués, grimaces, manières, sourire ironique, indifférence complète vis-à-vis de ses idées délirantes, de sa situation et de ses parents. Puis actes absurdes, sourires stéréotypés, mutisme, négativisme. Durée déjà de bientôt deux ans.

On voit ici nettement d'un côté un délire très accentué, prédominant automatiquement, incohérent et multiple, quelques gestes, grimaces, manières, plus tard sourires stéréotypés, mutisme, et enfin négativisme, phénomènes moteurs qui tous sont le développement de la *persistance* (que nous trouverons au complet dans le type catatonie), symptômes qui semblent être indépendants les uns des autres, et, d'un autre côté, la sphère émotive et sentimentale, qui, elle, ne révèle que l'indifférence; et, enfin, la conservation de l'orientation, de l'attention, de la mémoire, très marquée. Il y a donc encore ici une discordance entre les éléments morbides, sans que la démence ou l'excitation ou la confusion puissent l'expliquer. — Il faut ajouter au point de vue démence qu'elle paraît s'installer peu à peu depuis que j'ai quitté le service (donc démence rapide en deux ans?).

Fri... (p. 793), quand on lui demande d'ouvrir les yeux, les ferme, et d'ouvrir la bouche, la ferme; si on veut lui faire faire un mouvement, il y résiste par l'opposition des antagonistes. C'est de l'*association par contraste*, pourrait-on dire; mais c'est tout simplement la marque de « l'*embêtement* »; c'est le mécanisme *d'arrêt moteur* par *négativisme* (dans le sens *algébrique* du mot), que Kraepelin appelle *Sperrung* par opposition à *l'inhibition* ou *Hemmung*.

Ces phénomènes moteurs et volontaires sont bien plus développés dans la catatonie, mais il est possible que plus tard ils se développent davantage chez Fri..., si la période d'état se prolonge. Cette distinction en périodes est très artificielle, d'autant que la démence souvent peu marquée, nullement comparable à la démence organique, est plus apparente encore que réelle, ne s'installe aussi maintes fois qu'avec une si prodigieuse lenteur qu'elle n'existe pour ainsi dire pas, le malade restant à peu près indéfiniment dans le même état chronique, ou même s'améliorant un peu. Il est probable que Fri... arrivera à un moment donné dans un état analogue à celui des deux malades suivants, que je n'ai vus qu'au bout de longues années de maladie. Je dois d'ailleurs, tout en les donnant ici, faire une réserve sur le diagnostic du type paranoïde C'étaient peut-être de simple shébéphréniques ; mais à la période de

démence il est bien difficile de faire un diagnostic rétrospectif. La démence passe son niveau sur les types discordants comme sur les autres.

Folie discordante. Ancien délire. État actuel de démence. Était-ce le type paranoïde ou hébéphrénique ?

Lev..., Maxime, employé de commerce, entré à Bicêtre le 12 mars 1896, à l'âge de 27 ans.

Le père, que j'ai vu le 22 janvier 1907, m'a donné les *renseignements suivants :* L... aurait toujours été vindicatif, très colère, discutait avec le maître d'école; il aurait eu son certificat d'études, mais n'aurait pas été considéré comme intelligent. (Il faut noter qu'il ne m'a pas dit, ce que le malade lui-même m'a révélé, que L... a été un an à Charlemagne, et trois ans à l'École commerciale de la rue T..., ce qui est vraisemblable, étant donnés les restants d'une certaine instruction que l'on peut constater). Au service militaire toujours puni pour malpropreté; n'a jamais eu de permission à cause de cela. Après le service militaire, envoyé à San Salvador pour la maison de commerce où il était employé. C'est là qu'il aurait perdu la tête; il avait des ennemis imaginaires. Son père a été le chercher, et au retour L... a voulu tuer sa mère. Le début aurait ainsi eu lieu lorsque le malade avait 24 ans. Probablement avant, dès le service militaire, y avait-il déjà quelque chose d'anormal dans son extrême malpropreté.

Une tante du père est épileptique, un oncle idiot, un neveu du même côté est mort dans une maison de fous.

Le père est mort il y a quelque temps, j'ignore comment, après m'avoir donné les renseignements ci-dessus.

Il y a encore deux frères et deux sœurs sur lesquels je n'ai pas d'indications.

La seule chose que je sache de l'histoire de ce malade, une fois à Bicêtre, c'est qu'il a présenté un délire de persécution incohérent et absurde considéré par mon prédécesseur, M. Charpentier, comme greffé sur un fond d'imbécillité. Ce délire aurait disparu rapidement. Pourtant, au début, L... est très agité et placé aux agités. Puis, peu à peu (d'après les renseignements du personnel), il se calme, devient de plus en plus indifférent et souriant, ne poussant que de temps en temps des cris : « A mort ! A mort ! Mort aux Juifs ! » sur lesquels on ne peut obtenir d'explications (il est lui-même juif).

Depuis que j'ai pris le service en 1905, L... n'a pas sensiblement varié. C'est un grand gaillard, débraillé, d'une saleté extrême, rempli de jus de chique (il crache et bave constamment), dont la physionomie est inexpressive, quand on ne l'interroge pas. Il se promène dans la cour dans une attitude penchée en avant ; ne se querelle avec personne, mais est complètement indifférent à ce qui se dit ou se fait autour de lui; il rit parfois soudainement, niaisement, et sans cause connue. Parfois il marche rapidement en vociférant: « A mort ». Il ne s'occupe à rien, si ce n'est à ramasser des bouts de cigarettes dans la cour pour chiquer. Il paraît complètement adapté à l'asile, très docile, obéissant ponctuellement aux règles de la section. Il ne se débarbouille que si on lui dit de le faire, mais il s'habille seul et mange seul gloutonnement en ne se servant que de la cuiller.

Voici maintenant un exemple de la façon dont il se comporte quand on l'interroge (*10 et 11 mai 1909*). Il entre dans le cabinet du médecin comme

tout le monde, s'assied sans y avoir été invité, et regarde sans beaucoup d'expression de physionomie. Il marmotte quelques mots tout à fait indistincts; puis on comprend : « Mon père a connu M. Lévy. »

D. — Votre nom?

R. — L..., monsieur.

D. — Votre métier?

R. — Mon père faisait le petit drapier.

D. — Et vous-même?

R. — Je ne faisais pas toujours sa partie, c'est l'exportation, ce qu'on appelle la commission.

D. — Où habitez-vous?

R. — Rue des M..., 72.

D. — Quel âge avez-vous?

R. — 35 ans.

D. — Quand êtes-vous né?

R. — Pendant la guerre, au commencement de mars 1870.

. . . .

D. — En quelle année sommes-nous?

R. — En 1908... je ne sais pas.

D. — Vous êtes sûr?

R. — (Le malade regarde le calendrier) 1909.

D. — Quel mois?

R. — Mois d'avril.

D. — Vous êtes sûr?

R. — Mois de mai.

D. — Quelle date?

R. — Le 10, monsieur l'interne.

D. — Quel jour?

R. — Lundi.

D. — Depuis combien de temps êtes-vous ici?

R. — Dix années.....cinq années.

D. — Lequel des deux?

R. — Cinq années.....je ne sais pas.

D. — Vous ne vous rappelez pas?

R. — Six ou sept ans, monsieur le docteur.

. . . .

D. — Quelle maison est-ce ici?

R. — L'hospice de Bicêtre.

D. — Quelles sont les personnes qui sont ici?

R. — C'est messieurs les internes, monsieur le docteur, monsieur le surveillant, et monsieur l'infirmier.

D. — Quels sont les gens qui sont avec vous à Bicêtre?

R. — Ce sont les aliénés, les citoyens de la Révolution.

D. — Qu'entendez-vous par là?

R. — (Après longue hésitation) C'est les aliénés ceux qu'on parle dans les journaux.

D. Et vous, êtes-vous à votre place ici?

R. — Non....oui; c'est comme vous jugerez mieux.

D. — Pourquoi vous a-t-on amené ici?
R. — J'étais un peu malade.
D. — Qu'est-ce que vous aviez?
R. — J'avais un peu chaud!
D. — Qu'est-ce que vous entendez par là?
R. — J'étais essoufflé parce que mon père venait de prendre une voiture.
D. — Et c'est pour cela qu'on vous a amené avec des fous?
R. — Oui.
D. — Cela vous paraît naturel?
R. — Non (la réponse est faite avec la plus complète indifférence).
D. — Est-ce que ça vous est égal d'être ici?
R. — Papa vous a remis une lettre.
Impossible de faire expliquer ce que cela veut dire.
D. — Y avait-il des gens qui vous disaient des sottises?
R. — Oui.
D. — On vous en dit encore?
R. — Non, très peu, c'est-à-dire pas du tout.
D. — On vous ennuie ici?
R. — Non, pas du tout.
D. — Pourquoi avez-vous crié : Mort aux Juifs?
R. — Je n'ai jamais crié cela!
D. — Criez-vous cela au rabbin?
R. — Non, il ne me donne que des prières et des bénédictions; c'est un oncle de mon père.
D. — Qu'est-ce qu'il apporte?
R. — Le pain azyme et le pickle fleisch.

. . . .

Spontanément le malade dit : « Je faisais des courses chez nous, je portais des paquets pour maman. »

On continue à rechercher des traces d'hallucinations, d'idées délirantes. On n'en constate pas.

Le malade sait bien les mois et jours de la semaine, mais les récite inexactement à rebours. Il a des notions exactes de géographie, d'histoire élémentaire, de calcul, de commerce, pourtant il explique mal la différence qu'il y a entre un Grand Livre et un Journal. Il lit très correctement et explique un fait-divers à propos duquel il dit que l'Agence Havas est l'agence qui fait les grandes dépêches officieuses. L'écriture spontanée, dictée, copiée, est bonne, avec une orthographe irréprochable, sauf qu'il n'y a ni virgules, ni points. Mais il est incapable de reconnaître et d'expliquer un proverbe simple, de faire un raisonnement même simple. Il donne quelques bribes de renseignements paraissant exacts sur son voyage à San Salvador et prétend qu'il est revenu parce qu'il ne gagnait pas assez. L... dit savoir l'allemand, mais prétend qu'il ne comprend pas quand on lui adresse des questions simples en allemand : il dit quelques mots en patois alsacien.

A la fin on lui demande ce qu'est devenu son père (qui est mort). Il répond : « Je ne sais pas..... Peut-être qu'il m'a laissé ses affaires. »

Puis L... se met à marmotter.

D. — Pourquoi marmottez-vous comme cela?

R. — Je suis né comme cela.

Toutes ces réponses sont faites rapidement, avec un air intelligent, même quand il ne sait pas; par moments rire sans rapport avec les paroles. Il semble s'intéresser à l'examen, cependant il s'en va sans demander quoi que ce soit.

Comme signes physiques aucun, sauf un peu de dermographisme et une lenteur extrême des réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation. Les autres réflexes sont normaux. Il bave fréquemment.

Nous avons, en résumé, un malade qui peut passer pour un dément et qui a au moins quinze ans de maladie. Tares nerveuses dans la famille. Enfance un peu anormale, mais intelligence suffisante. Début vers 24 ans, avant même très probablement. Délire de persécution non systématisé, puisque le docteur Charpentier l'a indiqué comme greffé sur un fond d'imbécillité. Agitation (sur laquelle malheureusement nous n'avons pas de détails). Puis cette agitation tombe peu à peu pour faire place à une apathie et à une indifférence complètes, coupées de temps à autre de petites crises d'agitation toujours les mêmes (« mort aux Juifs, à mort »); disparition de tout délire. Comme habitude spéciale : marmottage de mots incohérents, rires absurdes, attitude toujours penchée. Conservation très frappante, après une longue durée de l'affection (quinze ans), d'une mémoire encore relativement bonne, d'une orientation très suffisante, avec éveil facile de l'attention, mais il y a défaut de raisonnement et de jugement, des phrases souvent absurdes. C'est manifestement un cas très analogue à celui de Fri... : le fond est le même (bien que chez L... l'agitation ait remplacé la tranquillité et le mutisme) : indifférence (1), mouvements stéréotypés, incohérence verbale contrastant avec une conservation encore suffisante d'une partie de l'intelligence, mais en somme avec des signes de vrai déficit intellectuel, de démence, ce qui ne doit pas étonner, car il est vu au bout de quinze ans au moins de trouble mental. On peut donc dire encore que c'est probablement un type de folie discordante délirante, mais à la période démentielle (période qui d'habitude ne se distingue pas franchement de la période d'état), mais qui ici ne s'accompagne plus de délire.

Voici maintenant un cas très ancien, mais qui a l'avantage de nous offrir très nets les phénomènes moteurs déjà ébauchés chez Fri... et Lev... Maxime, plus d'autres symptômes intéressants.

(1) Il faut noter pourtant ici que l'indifférence n'est pas absolue; l'examen paraît réveiller un peu l'intérêt du malade.

Folie discordante. Ancien délire. Démence. Stéréotypies multiples motrices. Etait-ce le type paranoïde ou hébéphrénique ?

Delo..., employé de commerce, entré à Bicêtre le 1er mai 1889, à l'âge de 19 ans (né en 1869).

Renseignements fournis par la mère. — Le père est mort tuberculeux; il était alcoolique, désordonné dans sa conduite; il trompait et battait sa femme, ce qui ne l'a pas empêché d'avoir dix enfants de celle-ci. Sur ces dix enfants, cinq sont morts, en bas âge, de convulsions. Une fille plus âgée que D... a été comme épileptique à la Salpêtrière dans le service de Charcot. Pas d'autres renseignemements sur l'hérédité.

D... a toujours été un enfant bizarre, silencieux, solitaire, sombre, le nez dans son assiette aux repas chez lui; il répondait aux questions : « ça n'est pas votre affaire ». Il battait ses petits camarades; apprenait bien et a eu son certificat d'études. Employé de commerce, très travailleur, ne parlait à personne. On s'est moqué de lui et on l'a poussé à aller voir des femmes : orchite à 16 ans. Il recommença une fois guéri : récidive d'orchite; démoralisé, il racontait que son sang était pourri. Il resta deux ans sans travailler, dessinant des menus pour tout travail; querelles avec sa famille, qui le mettait à la porte; alors il marchait pendant des heures, puis revenait. On le fit engager; il fut réformé pour son orchite. Un de ses frères le recueillit, mais il quitta son frère et vola pour se faire arrêter (?).

D'après des renseignements trouvés dans son dossier, il s'est livré au vagabondage et a eu plusieurs condamnations. La dernière arrestation pour filouterie d'aliments a motivé une expertise de Paul Garnier, qui a conclu à la « débilité mentale avec dépression mélancolique » et à l'envoi dans un asile.

Il a été considéré à l'Infirmerie spéciale du Dépôt et au Bureau de répartition de Sainte-Anne comme « atteint de débilité mentale avec dépression mélancolique et idées de persécution ».

A l'entrée, le docteur Charpentier, après avoir fait des certificats d'attente, le soupçonne ensuite de simulation et enfin le déclare atteint de *démence précoce*

Comme seuls renseignements détaillés que nous ayons sur D..., pour toute la période comprise entre le 1er mai 1889 et le 1er janvier 1906, j'ai trouvé une note du docteur Charpentier où il est dit que le malade aurait déserté deux fois de suite étant au service militaire. « Il fait des gestes emphatiques en répondant et répond par des phrases construites, mais ne signifiant rien, ajoute le docteur Charpentier; constate qu'il a dans la journée des égarements et qu'il avait peur que ça n'augmente; dit n'avoir pas de rêves; se rappelle sa profession; calcul et lecture faciles. Il dit ne pas tenir à voir sa famille et répond évasivement quand on l'interroge sur ses parents ».

Depuis que j'ai pris le service fin 1905, D... n'a pas varié et le diagnostic s'impose d'emblée : ancienne folie discordante. Voici sous quel aspect il se présente constamment : il est très grand, maigre, sec, la figure glabre, ridée, et brunie par les intempéries; sa tenue est débraillée, sa casquette est sans visière, sa chemise et son gilet ouverts, son veston mal ajusté, le pantalon tenant comme il peut, déboutonné, pas de chaussettes, les pieds nus aplatissant en pantoufles la partie postérieure de ses chaussures. Ses vêtements sont pleins de taches de nourriture et de boue. Il marche à grandes enjambées saccadées, un peu comme un échassier ou comme lorsqu'on veut faire l'ogre

pour amuser les enfants; à chaque pas il balance le corps en avant. Tous ses mouvements sont brusques, en détente de ressort. Arrivé devant le médecin qui l'interroge, il se tient droit en face de celui-ci, immobile, sans rien dire, en tenant un œil fermé avec effort et grimace; puis il l'ouvre et regarde tranquillement à droite et à gauche avec assurance. L'expression de sa physionomie est intelligente, mais ne révèle aucune émotion.

D. — Comment vous appelez-vous?

R. — D...

Ce nom est prononcé immédiatement et avec une très grande rapidité.

D. — Votre petit nom?

R. — Hippolyte (de même).

D. — Quel âge avez-vous?

R. — 19 ans (il a vingt ans de plus).

D. — En quel endroit êtes-vous ici?

R. — A Belleville.

D. — Quelle rue?

R. — Rue Mercure (peut-être Mercœur?)

D. — Quelle année sommes-nous?

R. — 1893.

D. — Quel jour? quel mois?

R. — Je ne me rappelle plus.

D. — Où êtes-vous ici?

R. — A Bicêtre.

D. — Qu'est-ce que Bicêtre?

R. — C'est une petite commune à l'ouest de Paris.

D. — Mais l'établissement?

R. — C'est un hospice.

D. — Qui sommes-nous? Que sont ces messieurs?

R. — Oh! je ne me rappelle plus.

D. — Vous ne m'avez jamais vu?

R. — Non.

D. — Êtes-vous content d'être ici?

R. — Comme vous pourriez le croire; en insistant) oui, oui.

D. — A quoi pensez-vous?

R. — Pas grand'chose.

Prend une attitude réfléchie, cligne l'œil gauche fortement.

D. — Vous étiez employé de commerce ?

R. — Oui, monsieur.

D. — Quelle maison?

R. — (Avec une rapidité extraordinaire) Maison H.- L., rue de C..., tissus en gros.

D. — Qu'est-ce que vous faisiez là?

R. — J'étais ancien employé de commerce.

On lui fait lire un passage d'un journal; il lit volontiers à haute voix, et très vite, mais presque inintelligiblement. Il explique bien ce que veut dire le titre : Terrible méprise, mais s'arrête ensuite.

On le fait écrire : sur injonction il s'approche de la table avec sa chaise, mais se place d'une façon étrange et simiesque; il tient bien la plume, la

trempe dans l'encre et écrit spontanément son nom ; on lui demande d'écrire son ancienne adresse; il écrit très correctement et vite: 31 rue de Saint-S... On lui dicte : « Il y a quinze ans que je suis à Bicêtre »; il écrit la phrase, puis ajoute à la ligne : à Bicêtre. Enfin il copie très exactement une dépêche de journal : « Le conflit d'Orient. La note serbe revient de Russie; les puissances vont la recevoir, » sans points ni virgules, mais avec les majuscules. Tous ces actes sont accompagnés de la grimace de l'orbiculaire gauche. Si on lui demande en insistant pourquoi il fait cette grimace, il répond : « C'est mon habitude. » On insiste encore pour savoir pour quelle cause il ferme ainsi l'œil gauche; on ne peut tirer de lui que : « Je n'en sais rien, oui, oui. »

Les connaissances en calcul restent très élémentaires; pourtant il fait correctement par écrit une addition de plusieurs chiffres, une soustraction, une multiplication et une division simples. Il récite bien les mois et les jours dans leur ordre,mais reste en route si on veut les lui faire dire à rebours. On cherche à avoir des renseignements sur le *curriculum vitæ* de D...; les réponses ont l'air d'être faites au hasard; le malade ne s'intéresse en rien à l'examen, il bâille, siffle par moments et refait son éternelle grimace. Il dit pourtant, ce qui est exact : « Depuis ce temps-là (depuis l'âge de 15 ans), je n'ai rien foutu. » Il avoue avoir été au 107[e] de ligne à A..., et avoir « déserté deux fois de suite », mais il ne donne aucune explication de ces actes. « Vous avez déserté comme cela sans raison? » Le malade ne répond rien, mais se met à rire. On ne peut tirer de lui que des réponses contradictoires sur la durée de son service militaire, la date d'entrée à Bicêtre, son âge et la date de sa naissance. Il est évident que l'interrogatoire ennuie D... et qu'il répond au hasard pour lasser son interlocuteur, car il demande spontanément : « Je puis partir? » et s'en va avec empressement.

Rien à noter au point de vue somatique.

D... fait sa toilette en partie seul; on est obligé de le faire débarbouiller; mais il s'habille seul, si on peut appeler cela s'habiller, puisqu'il est toujours débraillé, les pieds nus dans ses souliers dont il enlève les lacets. Il entend la cloche des repas; il arrive à table, s'assoit sans dire un mot et mange sans précipitation, mais engloutit d'énormes morceaux; il s'éclabousse de sauce et se remplit de taches. Si la nourriture ne lui convient pas, il la met dans sa poche de paletot (potage, viande, légumes,etc.), puis la mange un instant après dans la cour avec ses doigts. Si un de ses voisins de table empiète sur sa place, il s'irrite et s'écrie sans jamais varier : « Je me nomme H. D... Je suis Français et je m'appartiens. » Il se couche seul, mais, la nuit, si on laisse ses chaussures à sa portée, il urine dedans. Il se couche en chien de fusil, les genoux à hauteur du menton. Il est peu patient avec ses voisins de table, de lit, etc., leur lançant à la tête des objets et donnant des coups à ceux qui le gênent. Avec les infirmiers, surveillants et médecins, il est docile. Les visites des autres malades le laissent indifférent; il ne regarde pas son frère qui vient le voir rarement, mais accepte les gâteaux que celui-ci lui apporte; il les retourne plusieurs fois entre ses doigts et les flaire avant de les manger. Il ne s'occupe à rien. Il se promène dans la cour sans piste, mais avec sa démarche spéciale et sa grimace sempiternelle, sans parler à quiconque. Il ramasse dans les brouettes à sa portée un tas de détritus dont il a les mains et les poches pleines au moment du coucher. Il y a quelques mois il a chanté dans la cour de

temps à autre, d'une voix très juste, des airs dont on ne pouvait distinguer les paroles.

En résumé, hérédité chargée. Enfance anormale. Début dès 15 ou 16 ans par une conduite irrégulière, de la paresse, des querelles. Fugues. Désertion. Délire peu cohérent, puisque D... a été pris pour un simulateur. Ce délire paraît avoir disparu depuis longtemps. Gestes emphatiques. Longue durée de l'affection : vingt ans d'asile. Actuellement conservation relative de la mémoire ; mais absence complète de fonctionnement intellectuel spontané. Indifférence totale. Tenue et attitude bizarres spéciales. Gestes et grimaces stéréotypés. Chiffonnage. Manière spéciale de répondre aux questions. Il n'est pas besoin d'insister beaucoup pour voir qu'ici le côté d'automatisme moteur est extrêmement développé par rapport aux deux autres observations de F... et de L... Mais il faut remarquer spécialement la façon de répondre de D... Il arrive parfois qu'on soit obligé de répéter plusieurs fois la question, d'autres fois pas, et la réponse ou l'acte sont effectués dans tous les cas avec une rapidité surprenante. Une même fois ayant exprimé devant D... l'intention d'examiner ses testicules, il a immédiatement, avant que je le lui demande, baissé de lui-même son pantalon, montrant ainsi que l'attention et la compréhension, contrairement à l'apparence, étaient entières à ce moment-là. Il semblerait donc, dans ces cas, que l'intelligence soit toujours toute prête à fonctionner et que si elle ne fonctionne pas spontanément, ce soit seulement dû à un défaut d'excitation, au manque d'intérêt, à l'absence de volonté, qui caractérisent ces malades. Contrairement aux déments vraiment organiques, dont le fonctionnement intellectuel est bien plus défectueux encore qu'il ne paraît au premier abord, il semblerait que rien n'est irrémédiablement perdu, qu'un peu d'effort suffirait à redonner du mouvement à toute la vie cérébrale. Le cas de Geo... (p. 819) confirmera cette opinion, car, comme on le verra, tombé dans un état de catatonie très marqué dès le début, il a eu des intervalles de santé normale, dont l'un pendant quatorze ans, au bout duquel il est retombé exactement de la même façon. Le fou discordant est presque toujours *moins dément* qu'il ne paraît (quand il l'est). Enfin il faut noter que si D... est très docile, il s'ennuie parfois d'être interrogé, et au dernier interrogatoire il a manifestement donné des réponses fausses et au hasard pour en finir plus vite (Vorbeireden des Allemands). Le fou discordant n'aime pas qu'on le tire de son repos.

Folie discordante verbale.

A côté de la folie discordante délirante, je crois qu'on peut ranger un type un peu à part, qui n'est pas délirant à proprement parler, mais qui présente une incohérence verbale extraordinaire. D'ailleurs le délire de la forme délirante est-il bien profond et n'est-il pas une expression presque verbale? Quoi qu'il en soit, voici un type verbal très pur qu'il m'a paru intéressant de mettre à côté des autres. J'en donnerai un autre moins pur où il y a aussi un délire incohérent relativement peu marqué.

Folie discordante verbale. Langage complètement incohérent. Nombreux mots artificiels. — Giv... Victor Henri, entré à Bicêtre le 8 septembre 1904, à l'âge de 42 ans.

Renseignements donnés par la mère et la sœur.

De 15 à 16 ans, G... est resté en Angleterre pour apprendre le commerce et l'anglais. Il était très intelligent. A 16 ans, il devint employé de commerce. C'est alors qu'il eut des absences, oubliant les lettres qu'on lui donnait pour la poste. Il avait des crises d'excitation, pendant lesquelles il jetait les objets par les fenêtres; il frappait sa mère sans la reconnaître. Il a présenté aussi des crises de mutisme, restant pendant des heures devant le feu, la tête dans ses mains, sans répondre. Tout au début G..., visitant Beauvais, est tombé sans connaissance à la cathédrale; il a été transporté à l'hôpital où il est resté quinze à seize heures sans connaissance (?). Il part pourtant au service militaire, pendant lequel il fut presque constamment à l'hôpital pour des troubles mentaux. Réformé, il fut interné à la maison Redon, à Sceaux. A ce moment déjà il était complètement incohérent dans ses paroles et, d'après sa mère, il n'a pas varié depuis. Quand elle vient le voir il cause d'abord raisonnablement quelques minutes, demande des nouvelles de ses parents, puis se met à divaguer. Depuis l'âge de 20 ans il a été interné dans différents établissements.

Depuis que je le connais, G... se présente toujours sous le même aspect. C'est un homme grisonnant, petit, vif, constamment en mouvement dans la cour, généralement occupé à monologuer, même la nuit, et qui ne paraît nullement dément; il a une physionomie intelligente et fine et il vous accueille toujours avec politesse. Il se tient bien et se comporte normalement dans l'asile où il est complètement adapté. Il fait sa toilette seul, mange proprement, mais n'échange que quelques mots, d'ailleurs raisonnables, avec ses voisins. Quant à ses relations avec les infirmiers, elles se bornent à leur demander à chaque instant du tabac. Les visites des autres le laissent indifférent; il accueille bien sa mère. Il n'a aucune occupation; il ne joue pas, ne fraye pas avec les autres et se promène toute la journée.

Quand on l'interroge, la plupart du temps il répond volontiers en ayant l'air de s'intéresser à la chose, ses yeux brillent, il sourit et fait des gestes pour souligner les phrases étranges qu'il débite. Voici un échantillon textuel d'une conversation avec lui :

Le 25 mai 1908 :

— Bonjour, comment allez-vous? (c'est le malade qui parle le premier à son entrée dans le bureau du médecin, en s'asseyant avec aisance comme un homme normal).

D. — Et vous-même ?

R. — Vous veniez me chercher ?

D. — Pour causer un moment.

R. — Il ne veut pas me donner de tabac.

D. — Qui cela ?

R. — Le Gouvernement.

D. — Vous réclamez ?

R. — Tous les mois un paquet de dix sous arrive, il ne me sert pas du tout, alors je dis que si vous voulez m'en donner vous-même...

D. — Qu'est-ce que vous fumez ?

R. — Des cigarettes, je les garde dans ma poche, pourquoi ne me les donnez-vous pas ?

D. — Je n'en ai pas. — Depuis combien de temps êtes-vous ici ?

R. — Depuis des siècles. Il y a combien de temps?

D. — Je vous le demande !

R. — Je ne sais pas combien d'années, cela passe avec une rapidité !

D. — Savez-vous quelle date nous sommes ?

R. — Je ne m'occupe pas des dates, nous sommes en l'an 1909 ou 1908.

D. — Quel mois ?

R. — Je n'en sais rien, je vis comme une taupe.

D. — Et alors, vous savez bien l'anglais ?

R. — Oui, mais l'anglais, je ne peux dire un mot, c'est comme si vous changiez de climat, on vient de me changer; *boulabese*, c'est un lac d'*azene*, je me vois dans une mare, c'est la mare, c'est du coton et de la laine.

D. — Parlez-nous de vos voyages!

R. — C'est la mare en tous cas.

D. — Vous avez été dans l'Amérique du Sud?

R. — Non.

D. — Dans l'Alaska aussi ?

R. — Oui, nous verrons cela plus tard. Je vais m'engager comme aide de camp vétéran!

D. — Qu'est-ce que c'est que cela?

R. — Ce sont vos affaires. C'est la mare en *simée* se regarder dans une mare, si je m'occupe de vos affaires! Aide de camp, c'est la mare *simée* ; l'*azene*, vous l'envoyer promener, toujours courir, pourtant loger quelque part, si vous faites courir de l'argile, il se logera dans l'*azene*.

D. — Qu'est-que c'est que l'*azene* ?

R. — C'est l'*abanazene*, l'aide de camp comme vétéran.

D. — Qu'est-ce que c'est que cela (On montre le tablier de la cheminée) ?

R. — C'est de la tôle (réponse exacte).

D. — Comment est-ce que vous appelez cela ?

R. — De la tôle frite.

D. — Qu'est-ce que c'est que cela ?

R. — C'est un garde-feu (exact).

D. — Quelle heure est-il?

R. — Il est dix heures moins cinq.

D. — Connaissez-vous ce monsieur? Comment s'appelle-t-il?

R. — *Sténos*.

D. — Il s'appelle Sténos, ce monsieur? — Qu'est-ce que c'est que cela?

R. — Le tabac me plaît; on ne veut pas m'en donner!

D. — Savez-vous ce que c'est que cela? Prenez!

R. – C'est un crayon bleu.

D. — Et cela?

R. — C'est de la mine de plomb.

D. — Ce n'est pas la même chose?

R. — Vous me donnez un crayon et de la mine de plomb (exact).

D. — Et cela, qu'est-ce que c'est?

R. — Vous ne pouvez pas passer à ce moment-là, c'est la mare et de l'autre côté l'*atendazene*.

D. — Qu'est-ce que c'est que cela?

R. — Pour bassiner l'œil.

D. — Pour bassiner l'œil?

R. — Oui, pour bassiner l'œil; je ne sais pas ce que c'est, on peut boire du vin dedans, j'ai vu cela à un chimiste.

D. — Vous appelez cela comment?

R. — *Beluze*.

D. — C'est de la chimie?

R. — C'est une affaire pour de la chimie.

D. — Et cela, à quoi cela sert-il?

R. — C'est une brosse.

D. — Comment se sert-on de cela?

R. — Pour mes boutons.

D. — Quels boutons?

R. — De mes vêtements militaires.

D. — Vous en avez encore, des effets militaires?

R. — Non, je n'en ai plus. L'*ebsudite-sudi-sudette* je me fais parfaitement. avec une idée, sans la connaître, une idée de *ruolz* que la brosse, c'est la même chose que la brosse, faute de cette affaire là, c'est *ruolz* brosse.

D. — Est-ce que cela en est, du ruolz?

R. — C'est du laiton.

D. — Ce n'est pas du fer-blanc?

R. — C'est du laiton, non, c'est du ruolz, c'est du laiton, le fer-blanc serait martelé double, *célémar, célémar au pré*; c'est du zinc, nous nous sommes trompés!

D. —Qu'est-ce que vous parlez de *célémare au pré*?

R. — C'est cela, la brosse ou le *frosse* dedans du *célémare*. Le *célémare* rend la brosse d'un côté et le *frosse* de l'autre.

D. — Qu'est-ce que c'est que cela? Est-ce du *célémare* aussi?

R. — C'est du *célémare duvet*.

D. — Où voyez-vous du duvet ici?

R. — Je ne suis pas assez sûr que c'est du duvet, c'est le plumet de l'arbre *catagoum*, de l'arbre *catagoum*, c'est le duvet.

D. — Et cela, qu'est-ce que cela représente?

(On montre une petite locomotive en fer-blanc.)

R. — Une locomotive.

D. — A quoi cela sert, cela? Pourquoi avons-nous cela ici?

R. — Pour la confection, c'est pour un idiot.

D. — Est-ce que c'est pour amuser les enfants?

R. — Oui, c'est cela. J'ai la tête grosse, mes joues vont diminuer. Je n'étais pas à *catagoum*, aux édifices, je monte en ballon, *ban*, *ban*, *ben*. *ban*, *ben*, c'est dans un *ban*, *ben*, *ben*, que vous avez trouvé cela. De conjuguer selon moi je baisse dans le *ben*, *ben*, *d'azène*.

D. — Qu'est-ce que cela vous rapporte?

R. — Cela me rapporte quatre sous. Je voulais juste quatre francs pour cette conjugaison, jusqu'au *juete* de la création. Je voulais faire naître un homme; l'homme c'est le thym, le cerfeuille, le trèfle; cherchez l'homme, c'est le trèfle.

D. — Quand je trouve du trèfle, je trouve un homme?

R. — C'est vrai, il n'y en a pas; arrivé dans le *chamchim*, vous voyez l'homme sortir, juste comme le *ban-zeng*, *ben-zeng*.

D. — Alors vous êtes du trèfle, monsieur?

R, — Oui.

D. — Moi, je suis du trèfle aussi?

R. — Oui. Un homme qui faisait *ben-sin-rez*, c'est le ciel, *rez* ne peut avoir raison, donc alors nous le mettons dans le *ben-sin*.

G... fait volontiers des calembours. Un autre jour qu'il arrivait dans le cabinet du médecin, il se regarde dans la glace et dit : « J'ai les cheveux blancs » (exact); puis il s'assied et remarquant des paravents placés devant la cheminée, il dit : « Ce ne sont pas des paravansérails. »

Quelques jours après, dans la cour, le médecin le rencontre et lui dit : « Monsieur G..., faites-moi donc un calembour. » G..., répond en souriant : « Que voulez-vous que je vous fasse des calembourgognes? »

Quand on le prie d'écrire, ses écrits sont tout aussi incohérents et bourrés de mots fabriqués que ses discours. Il faut remarquer que ces « néologismes » sont constamment nouveaux d'un jour à l'autre. Il paraît avoir conservé une mémoire assez précise de certains faits de son enfance et de sa jeunesse. Mais comme la conversation raisonnable ne dure que quelques instants, il est impossible de poursuivre cet examen.

26 avril 09. — On essaye d'évaluer la mémoire et l'intelligence par le procédé des tests.

On lui fait faire la multiplication orale 7×8. Il dit 32, se reprend et dit 56. Puis on énonce les deux séries de chiffres : 4. 7. 3. 2. 0. 9. — 5. 8. 7. 4. 5. 1; il les répète correctement, puis à la demande dit qu'il a fait avant la multiplication $7 \times 8 = 56$. Impossible de lui faire exécuter un autre test de Ziehen, celui des couples substantifs-adjectifs. Il reconnaît assez bien des images schématiques d'objets simples dans le manuel de Raecke, mais à quelques-uns donne un nom étrange.

Pour les 50 mots d'association, voici ce qu'il a donné :

plat	rond
épais	arbre
rond	rond point

blanc	manteau
éléphant	moyen
pain	sale
sapin	des bois (après une pause)
noir	animal
repos	. . . . . .
justice	avouable
rosier	bleu
pur	*cirame* (il ajoute : c'est latin)
chameau	*tiedox* (non, ajoute-t-il, bossu)
temps	fièvre bleue
marteau	pilon
froid	glacial
chardon	touffu
artichaut	frit
fade	. . . .
bœuf	apis
chien	vert
bonté	. . . .
ver	luisant
armoire	à glace
tête	. . . . . .
glissant	stade
arbre	gris
rivière	astrakan (il rit)
voiture	sur 4 roues
bleu	de Prusse
pré	salant
cheval	de bois
train	ordinaire (après une longue pause)
eau	fraîche
mouton	à 6 pattes (après une pause)
rouge	clair
musique	*aripienne*, non, ordinaire
sauvage	effrayant
sucre	de laiton
chèvre	feuille, etc.

Il reconstitue très bien une phrase simple, dont les mots sont en désordre. N'arrive pas à reconstituer une deuxième phrase et pour la dernière dit rapidement à la place de celle à reconstituer (qui quitte sa place la perd) : « qui perd sa place la quitte ». Puis il regarde l'heure, se lève, dit : « il est l'heure du déjeuner » ; et s'en va avec rapidité. »

A un fait-divers il ne donne que des explications incohérentes, il ne peut combler les vides d'une phrase à lacunes, ni reconnaître l'erreur d'un raisonnement, du moins il ne l'exprime pas.

En résumé, après une période de début un peu tumultueuse, à l'âge de 19 ans, Giv... est tombé rapidement dans cet état d'incohé-

rence verbale extraordinaire où nous le voyons encore maintenant au bout de vingt-quatre ans; c'est sûrement un dément, mais il y a ici aussi une disparate entre la démence apparente et la réelle. Il fabrique des néologismes à jet continu et le calembour lui est facile. Il y a là un automatisme verbal tout à fait spécial qui se déclanche avec plus ou moins de rapidité et de beauté suivant les jours et qui, suivant toute vraisemblance, ne recouvre rien comme idées, bien que ce verbiage ait l'air d'amuser G... ; car il le souligne de gestes et de sourires: mais il n'y a aucune tendance à la litanie comme chez les catatoniques. G. n'oublie pas l'heure du déjeuner et disparaît avec rapidité vers le réfectoire si on essaye de le retenir. Par ailleurs il n'a presque jamais l'humeur négative. On remarquera au début une *perte de connaissance* sur laquelle les détails manquent. Ces pertes de connaissance, le plus souvent épileptiformes, sont signalées souvent comme se présentant à de longs intervalles dans le cours de la folie discordante. On en a vu un exemple chez S... On en verra un autre chez Geo... (p. 819).

Der... va nous offrir un type moins pur, qui touche par un côté au type paranoïde et de l'autre au type verbal avec quelques particularités curieuses.

Folie discordante avec délire verbal, langage inventé. — Der..., entré le 27 avril 1907 à l'hospice de Bicêtre, à l'âge de 29 ans.

Il aurait fait, d'après ses dires, trois ans de service militaire au 41e d'infanterie en qualité de soldat instructeur de 1re classe.

Son métier habituel serait celui de chapelier ou plutôt de béretier, puis, le travail n'allant plus, il aurait été dans l'obligation de faire toutes sortes de métiers. Il a été camelot et chanteur des rues (renseignement d'un frère) et a été inculpé de vagabondage. Pas de renseignements sur sa famille. Il aurait déjà été traité avant 1904. Mais il a été interné le 10 novembre 1904. Il est resté à Sainte-Anne jusqu'à son entrée à Bicêtre.

D... est un individu de taille élevée, légèrement obèse, la figure très large, le cou court, l'aspect placide et content. Sa tenue est négligée. Son poids à l'entrée était de 95 kilogrammes (il est actuellement de 99 kilogr. 500).

Outre l'obésité, on ne peut signaler qu'un très léger degré d'emphysème.

Dès son entrée il tient des propos incohérents au surveillant et au médecin. Il déclare être entré à Sainte-Anne par suite de : « L'*insturition* par le passage du commandeur dans les instances de *Nortun.* »

« J'étais très apprécié dans les concerts de Paris comme amateur; j'étais *Berniee.*

« Au régiment j'étais gradé, mais il y a le code de réserve qui est différent de la mentalité régimentaire. »

A ce moment il déclare qu'il a inventé une langue nouvelle; au lieu de dire répéteur, on dit *répéteux;* pour dire je demande, on dit je *annance* ou *j'alubure.*

16 juillet 1907. — On constate qu'il est très bien orienté, mais il continue à avoir les mêmes idées qu'à son entrée. Il est l'inventeur d'une nouvelle écriture qui sera adoptée dans les facultés des sciences et des lettres d'ici peu.

1er août 1907. — Donne de nouveaux détails sur la façon dont il va changer ou *discataluser* les mots.

Au lieu de *sibre*, il dira *siber*, la majesté ce n'est pas la suprématie.

« Au lieu de dire passant, je dirai *paquctitant.* » — Et c'est en riant qu'il explique ces transformations du langage dont il cite encore un bel exemple :

« Mettez-vous à *wotte piu honce,* » pour dire : « Rendez-vous à votre place. »

Il se met à cette époque à écrire sur les différents papiers qu'il peut se procurer.

Le 13 juillet 1907, c'est un avis adressé aux populations, absolument incohérent :

« Ils doivent l'exemple due à l'autorité être de mœurs *intéréti* ou irréprochable... »

« N'avoir nullement vexation déloyale, n'y prétendre des notes fausses en *piripitie* », etc., etc.

7 septembre 1907. — Il écrit une lettre au directeur de l'Assistance. A travers des phrases comme celle-ci : « Je passais libérement honorable pour remettre ma feuille de *registration* au *porchier* », on peut à peu près comprendre qu'il raconte son arrivée à Sainte-Anne, son transport en voiture, sa première rencontre avec les malades internés ; il se plaint qu'on lui trouble l'esprit à Bicêtre, puis il signe en faisant suivre de son nouveau titre : « *Eliprite* du Ministère de la guerre. »

Le même jour enfin il remet au surveillant un papier où il a tracé des arabesques destinées à remplacer la lettre W de l'alphabet.

17 mai 1908. — Demande au surveillant s'il ne connaît point « la langue à *Guingrelot* ».

« C'est par là que l'on commence la médecine, c'est la même chose que lorsqu'on dit : sens de Poire, tête de rime, langue de scie, rote de zinc. »

1er septembre 1908. — Ecrit une lettre de réclamation un peu plus claire, mieux rédigée, pour demander les causes de son internement.

29 décembre. — Ecrit des propos absolument incohérents qui se terminent ainsi :

« Vaillant aux puits au *cuppres lotilliers* dans le crépuscule noir nues des êtres grandies. »

18 novembre 1908. — Il arrête dans la cour deux médecins étrangers pour leur dire leur avenir; un nombre dit au hasard lui faisait ouvrir à telle page un carnet qu'il portait sur lui, puis une indication renvoyait à un second carnet et, après réflexion, en guise d'horoscope, il répondait : « Vous êtes envoyé par les étoiles. »

Décembre 1908. — Le surveillant nous apprend qu'il s'occupe assez activement d'organiser un concert avec ses camarades et fait des affiches sur de grands morceaux de papier.

Rien n'est signalé jusqu'au 6 avril 1909. Depuis ce moment, Der... est revu plus régulièrement et soigneusement examiné sur différents points.

6 avril 1909. — Il remet une des affiches de son concert qui s'est tour à tour appelé concert des *Humanistes*, des *Humalibres*, des *Uranzites*. Il est lui-même inscrit pour chanter son répertoire varié : « M. D..., du cercle de la Fleur, chantera l'Amour à la vapeur, Goguette à la main, etc. » Il est à la fois régisseur et artiste. Il établit le programme longtemps à l'avance, s'en occupant dans la journée, inventant le nom de guerre de ses collaborateurs. Il donne le concert au jour fixé, annonce lui-même les artistes et veille au bon ordre.

D. — Depuis combien de temps êtes-vous ici ?

R. — Je ne sais pas, c'est la punition qui le dit.

D. — Quel jour sommes-nous ?

R. — Je ne sais pas.

D. — Mois, année ?

R. — Je ne sais pas.

D. — Vous ne savez pas ?

R. — Je sais que nous sommes le 6 avril 1909. Je suis entré le 1er juillet 1907.

D. — Où êtes-vous ici ?

R. — Je ne sais pas.

D. — Et votre concert ?

R. — C'est un besoin régimentaire dans le régiment de France, c'est l'habitude.

D. — Qu'avez-vous chanté hier ?

R. — Hier mon concert des *Uranzites* peut-être ici comme ailleurs. Chacun a besoin d'un *uraniste* les uns plus petits les autres plus grands, c'est *pléoriam*.

D. — Qu'est-ce que *pléoriam* ?

R. — Le programme c'est pour manger, *pléoriam* c'est pour boulotter.

Il ajoute qu'au service militaire il aurait pu valoir un général, bien que celui-ci en sût plus que lui : « J'ai été gradé supérieur. Je suis médecin parce que j'ai ça sur la figure (un nævus). Celui qui me dit j'ai un grain de beauté, c'est un individu qui a faim. »

D. — Quel métier faites-vous ?

R. — Chapelier, ou plutôt béretier (suivent une série d'explications très claires et en bon français sur les bérets et leur fabrication).

D. — A qui vendait-on ces bérets ?

R. — Aux Alpins de toutes les écoles de France.

D. — Combien gagniez-vous ?

R. — 14 sous la douzaine ; on faisait 10 douzaines par jour.

D. — Est-ce imperméable ?

R. — Oui, c'est imperméable, c'est la médecine qui veut cela.

D. — Avez-vous eu votre certificat d'études ?

R. — Non, mais j'ai une mention d'études parce que j'avais l'esprit plus grand que les enfants. J'étais un homme, je n'ai jamais eu de naissance.

D. — Vous voulez rire.

R. — Je suis venu par des affaires écrites, je suis né, j'ai ma naissance, j'ai l'esprit grand par la voix.

D. — Comment appelez-vous une pendule ?

R. — Une horloge, un indicateur d'heures ; *Phytus* (un de ses camarades qu'il a surnommé ainsi et qui s'appelle M....) dit que c'est une *dégoulinante*, moi je dis que c'est un *bogart* ; on disait bien que M. Rossignol, chef de la

Police, était un oiseau et chantait sur les arbres... Je suis grand chancelier de la Légion d'honneur. Vous êtes décoré mais pour les inventions que j'ai faites.

(Il tire plusieurs carnets de sa poche.)

Je ne comprends pas votre médecine; il y en a qui voient beaucoup de médecins et qui parlent. J'ai reçu un coup de baïonnette et il est sorti du sang humain. Quand sortirai-je d'ici, sérieusement?

13 avril 1909. — On lui demande la date, le lieu où il se trouve, il répond vite, d'une façon très précise.

R. — Je suis né le 4 avril 1878, donc j'ai eu 31 ans le 4 avril 1909.

J'étais médecin-soldat de 1re classe à *Roané* en Bretagne.

D. — Quel est ce pays ? Est-ce Rennes?

R. — Là-bas ils disent Rennes, mais ici on dit *Roané*. J'étais instructeur médecin pour faire le corps homme au lieu qu'il reste enfant. J'étais tout un état-major avec moi puisque la femme a ses règles.

D. — Que faisiez-vous ?

R. — Je n'ai pas de comptes à vous rendre là-dessus. Je vous l'ai expliqué, expliquer n'est pas parler, ce sont des affaires de police.

D. — Votre concert?

R. — J'ai appris aux noctambules à romancer.

D. — A qui ?

R. — Ils savaient mon nom, mais je ne me souviens pas du leur. Je m'occupe de la hiérarchie des lois, c'est d'être patron chez soi, c'est une fidélité aux lois, ce n'est pas autre chose. C'est *Pythus* qui s'occupe des horoscopes, un jeune homme qui a la contagion rouge, c'est *Pythus* qui s'occupe des horoscopes, ça fait la contagion que j'appelle la contagion rouge.

(Il donne ensuite l'explication d'un certains nombre de néologismes.)

« J'étais *rivernant* au régiment » — c'est à dire chanteur.

« Les *irioses* », — ça se parle afin de faire rire le monde. Nous valons toute la *utualité* que l'on doit jouer dans les concerts.

« L'*édutation* », — c'est la section du chansonnier.

« Les *évoeants*, » — c'est des chanteurs, la vocation c'est pour chanter.

16-20 avril. — Note du surveillant sur la façon dont D... se conduit ordinairement :

Fait sa toilette seul, peu minutieusement. S'habille seul; peu propre; traces d'aliments. Va rapidement, parfois en courant au réfectoire dès l'appel de la cloche. Mange seul avec appétit ce qui est bon ou mauvais sans y porter attention.

Se couche seul sans difficulté à l'heure réglementaire.

Avec ses voisins: leur dit bonsoir avant de se coucher, prend facilement un air de supériorité lorsqu'il leur parle.

Avec le personnel médical, infirmier : relations normales.

Les visites des autres le laissent indifférent. Reçoit bien son frère qui vient le voir à de très rares intervalles.

Travail : néant.

Jeux : parfois aux cartes, aux dames.

Promenade : dans la cour.

Lectures : le journal, rarement un livre.

Conversations : avec quelques amis débiles ou imbéciles.

Habitudes spéciales : néant (serait pédéraste ?).

Adaptation à l'asile : incomplète, mais n'insiste pas pour demander sa sortie.

Occupations spéciales : organisation des concerts.

Pas d'attitudes hallucinatoires, mystiques, défensives, pas de dialogues ou monologues, n'est en rapport avec aucun personnage imaginaire.

On procède à l'examen de la mémoire et de l'intelligence par différents procédés dits *tests*.

La conservation des faits anciens est bonne. Il est difficile de comprendre son langage, mais les dates qu'il donne sont toutes exactes. Il sait sa date d'entrée, nous l'avons vu orienté dans le temps et l'espace. Il sait dans l'asile le nom des médecins et des surveillants et de beaucoup de ses camarades. Il ne semble pas avoir de souvenirs plus particulièrement précis sur tel ou tel point. Cependant les différents faits ayant trait à l'organisation de son concert semblent lui être plus familiers et il sait longtemps après la rédaction de l'affiche, que M. Un Tel doit chanter « Le chameau », tandis que M. G... chantera « Magali » et qu'il incombera à M. C. d'interpréter la « Confession du Grand Diable ».

La mémoire textuelle est bien conservée. Il a su nous chanter 4 ou 5 chansons de 7 ou 8 couplets chacune et il paraît que son répertoire est riche d'au moins 50 chansons, toutes assez longues, qu'il interprête volontiers, sans aucune défaillance de mémoire, tant pour les paroles que pour la mélodie. Il connaît les grandes villes de France, les arrondissements de Paris ; il a des notions d'histoire contemporaine (guerre de 70, présidents de la République, etc...), de système métrique, il sait le rôle que remplit un juge, l'usage du casier judiciaire. Il sait assez bien la table de multiplication.

Ses habitudes sont bien conservées. Il s'habille seul, il dit bonjour et bonsoir, soit en premier, soit en réponse ; lorsqu'il prend un livre ou une plume pour écrire, il fait attention de donner à l'objet la position nécessaire pour qu'il puisse s'en servir.

Mais après avoir lu à peu près convenablement tel ou tel fait-divers, il ne peut en donner d'explication en langage sensé. Ainsi, il lit un fait-divers où il s'agit d'une bataille à coups de couteau entre hommes à propos de la coiffure d'une femme accompagnant l'un d'eux. Voici ce qu'il dit : « Il se sera cru dans une profondeur perdue, au lieu de trouver la mort, il aura pris la *méhaut*, il aura pris son couteau.

« C'est pas beau.

« C'est pas vilain.

« C'est lamentablement triste. »

Il explique un peu mieux l'accident arrivé à un cycliste écrasé par un tramway : « C'est un fait-divers, c'est une voiture roulante qui a passé, il a été de mégarde, elle l'a écrasé instantanément. »

Écriture : Spontanée avec empressement, mais il fabrique des mots :

« *Milertempsal.*

« Ce que *vaira vouedrais.*

« *Farmoulinte* et fortune. »

Copie : Sur trois lignes ne passe qu'un mot.

Dictée : Ne fait aucune faute, mais demande l'autorisation d'ajouter quelque chose, et après avoir tiré un trait, écrit : « *Liase de siterie.* »

Copie d'un dessin représentant un pentagone irrégulier : assez bien.

Intelligence :

On cherche à lui faire expliquer un proverbe : au pied du mur on connaît le maçon. Il dit : « Parce qu'on le voit toujours travailler, c'est de la moralité d'habitude qui sert à faire penser son enfant au bien. »

A d'autres proverbes il fait des réponses absolument incohérentes en français. Mais on lui demande la différence entre un escalier et une échelle. Il réfléchit un instant et dit : « L'escalier ne se déplace pas, et l'échelle peut se déplacer. »

On lui demande combien font 9 fois 11. Il déclare qu'il ne sait pas. On le prie de résoudre le problème comme il l'entendra. Il aligne alors les résultats successivement obtenus en multipliant 11 par 2, 3, 4, et arrive à 8 = 88, auquel il ne reste plus qu'à ajouter une fois 11 pour obtenir le chiffre ; il écrit 9 fois 11 = 99.

La critique de plaisanteries simples, dont l'une avec image, tirée d'un petit journal amusant, a été impossible à obtenir : il n'a pas compris.

On recherche enfin la façon dont il associe ses idées par l'emploi de la liste de mots auxquels il doit répondre par un autre mot ; et à côté d'un certain nombre d'associations difficiles à expliquer, on constate que l'association née de son esprit n'est point verbale, mais bien au contraire une association d'idées, témoins, ces quelques mots :

cheval	mors aux dents
musique	agrément
alcool	poivrot
paix	police
éléphant	guide
artichaut	jardinier

Les réponses ne sont pas absolument les mêmes à un jour de distance, mais elles indiquent le même genre d'association :

cheval	vétérinaire
musique	danseuse

Pendant tous les exercices, on peut en insistant fixer l'attention ; son langage est alors presque privé de néologismes. Il apporte une grande bonne volonté à répondre et il a l'air de s'intéresser à l'examen.

Ici il y a cette invention de langage grotesque et changeant avec incohérence, ce délire vague et non moins incohérent paraissant surtout verbal, contrastant avec une conservation encore très grande de l'intelligence et de la mémoire, une indifférence vis-à-vis de son délire et de sa situation à l'asile ; bref, une discordance entre tous les éléments sans qu'il y ait vraiment démence. Je crois que cela me permet de faire rentrer ce cas dans le cadre des folies discordantes, bien qu'il soit un peu à part ainsi que le pré-

cédent. Peut-être aurait-il mieux valu les placer aux types d'attente? En tous cas le mal n'est pas grand, puisque le groupe des folies discordantes est essentiellement provisoire et que je préviens le lecteur.

Folie discordante motrice. — Catatonie.

Les phénomènes moteurs que nous avons vus ébauchés jusqu'ici vont prendre une telle prédominance chez certains malades qu'on peut alors les considérer comme établissant un type à part. C'est à lui que je donnerai le nom de catatonie employé par Kahlbaum.

Catatonie. — Pat... est entré à Bicêtre le 11 décembre 1903, à l'âge de 32 ans. Sans profession.

Antécédents — Les seuls renseignements que nous ayons sont fournis par une tante. Père rhumatisant et syphilitique. Mère intelligente et active, mais ayant fait de mauvaises affaires. P..., a toujours eu mal aux yeux. Danse de Saint-Guy à 15 ans. Fait des études secondaires et est refusé au baccalauréat. Pas de profession; aurait été employé de banque (service des informations) pendant quelques mois. Marié en 1900 à une maîtresse qu'il connaît depuis l'âge de 16 ans, est soigné peu de temps après par le docteur P... pour son affection des jambes. Tombait fréquemment et, l'esprit troublé par la lecture d'ouvrages sur l'hypnose, accusait son oncle de le faire tomber par suggestion. A la même époque, idées de grandeur : croyait que sa femme devait avoir eu une naissance illustre.

Nous trouvons dans son observation une lettre datée du 18 décembre 1903, adressée au docteur Féré par le docteur P..., qui l'avait soigné: 1° pour une myopathie des membres inférieurs améliorée par l'électricité; 2° pour une fistule dentaire avec infection générale (?) guérie par l'avulsion des dents cariées; 3° pour un état neurasthénique avec phosphaturie et pertes séminales. Le docteur P... ajoute qu'il faut penser que le père de Pat... aurait eu des accidents syphilitiques et que Pat... lui-même a eu une orchite sur la nature de laquelle il ne peut pas se prononcer. De plus, au début du traitement, la contraction faradique était considérablement augmentée sur le soléaire, le triceps et les adducteurs droits. L'examen fut plus difficile au membre gauche, dont le genou était atteint d'une hydarthrose indolente et tenace.

Depuis son entrée jusqu'en novembre 1906, nous n'avons sur Pat... comme renseignements que des certificats et une courbe de poids.

2 décembre 1903. — Le certificat du Dépôt par Garnier mentionne que P... « est atteint d'excitation maniaque, désordre des idées et des actes, divagations variées, idées de persécution, d'empoisonnement, de grandeur, idées mystiques : il doit racheter les péchés des hommes; chants, cris, sifflements, violences, insomnie, refus d'aliments ».

12 décembre 1903. — Féré donne comme certificat d'entrée : « Accès maniaque chez un dégénéré déjà traité. »

Féré note des alternatives d'augmentation et de diminution de poids. A l'en-

trée P... pesait 41 kilogr. 500 pour une taille de 1 m. 62. Les oscillations vont de ce chiffre à 48 kilogr. 500. Il est probable que ces variations ont été parallèles à des variations dans l'état psychique de P..., car nous trouvons, daté du 10 juin 1905, le certificat suivant de Féré : « Paralysie pseudo-hypertrophique. Excitation maniaque par accès. »

Au mois de janvier 1906, en prenant le service, je vois P... pour la première fois. Pendant toute l'année 1906, il se présente sous l'aspect suivant :

P... est dans son lit, paraissant à sa mimique avoir conservé toute son intelligence; il est orienté; il ne semble pas avoir d'idées délirantes proprement dites. Il reste dans son lit, inoccupé, sans regarder ce qui se passe autour de lui, complètement indifférent. Il répond exactement aux questions, lentement. Pourtant il tient par instant des monologues comme ceux que nous rapporterons plus loin (n'ayant pu prendre à ce moment une observation en règle par suite des circonstances). Mais un jour on a noté expressément le dialogue suivant entre l'interne et le malade :

D. — Bonjour, monsieur.

R. — Bonjour, monsieur.

D. — Comment ça va?

R. — Pourquoi me demandez-vous ça?

D. — Je m'intéresse à votre sort, je désire avoir quelques renseignements.

R. — Je vous remercie, vous êtes bien aimable, mais je ne désire plus ma sortie, vous comprenez, quand on est resté si longtemps ici, on finit par s'y habituer.

Il y a donc conservation de l'intelligence dans l'intervalle des accès où P... monologue si étrangement. Le diagnostic porté par moi sur les certificats semestriels a été : « démence précoce ».

20 février 1907. — Depuis quelque temps P... a des attitudes cataleptiques. Les bras conservent longtemps l'attitude qu'on leur imprime.

Le malade reste spontanément des demi-journées les bras levés, la paume de la main tournée en avant, la tête et les yeux dirigés vers le mur, dans l'état dit de stupeur catatonique. La physionomie est vide, les traits immobiles.

Ces états alternent avec des périodes de tranquillité ordinaire.

2 juin 1907. — Période d'excitation légère durant plusieurs jours. Le malade, la couverture de son lit soulevée par ses mains, regarde en face de lui, et parle avec volubilité sur un ton déclamatoire. Voici un extrait textuel de ce discours :

« Je respecte l'office qui est de son fait; la résistance suspendu du pont d'état; je ne puis pas comprendre le droit de suspendu pour permettre de vivre à M. L.... Ste C... J'admets un star sur les droits, sur l'état d'instar. Nous comprenons que donner une soupe et de la manger est le droit d'admission du Codex. Etant à bord, je vous fais une piqûre dans l'appareil de soumission; le droit d'actionner et d'action, quand on est en vie, on résiste à la piqûre qui nous est d'état, que la piqûre doit supporter l'état et la réserve. »

3 septembre 1907. — On recueille par écrit les résultats d'un examen plus complet de P...

Au moment où on arrive près de lui, celui-ci conserve l'attitude qu'il avait : assis sur son lit, les genoux un peu remontés sous la couverture, la tête baissée, les yeux demi-clos, les mains jointes, il continue sa déclamation sur un

ton de prédication monotone, esquissant par moments avec les mains des gestes de bénédiction. « Je connais M. et Mme Coinssé; je connais M. et Mme Octave; je ne connais pas M. et Mme Octave; oui, je connais tous ces faits d'état et en fait d'état de paix je ne résous jamais rien; c'est cependant ce qui est net l'état in consfer. »

Au commandement de : « levez le bras »; le malade fait le geste et ramène le bras de lui-même. De même il répète le même mouvement fait devant lui.

D. — Comment vous appelez-vous?

R. — Leur refusons de leur donner le droit céans et leur retirons en droit catholique le droit de gouverner la France en français.

D. — Comment vous appelez-vous?

R. — Où est maître Waldeck-Rousseau par rapport à moi?

D. — Savez-vous écrire?

On donne une plume au malade qui trace des signes comme une signature informe et illisible avec un paraphe immense descendant, en marmottant quelques mots. Après chaque signature il dit : « C'est tout. »

On fait lever le malade qui se tient difficilement sur ses jambes. Il marche à petits pas, les genoux en dedans. Atrophie musculaire très marquée, surtout aux membres inférieurs.

La sensibilité générale paraît normale, plutôt diminuée. Réflexe rotulien. exagéré à gauche, aboli à droite (arthropathie ancienne); réflexes achilléens exagérés des deux côtés. Réflexes tendineux exagérés aux membres supérieurs. Réflexes cutanés normaux. Pupilles dilatées; pas d'inégalité ni de déformations; pas de troubles des réflexes. Extrémités des membres cyanosées et froides. Dermographisme. Pseudo-œdème de la face dorsale des pieds et des mains. Blépharite chronique.

Octobre, novembre 1907. — Même état. Par moments le malade chante comme une litanie des phrases incohérentes comme celles relatées plus haut. D'autres fois il passe ses journées à dormir ou les yeux clos, récite avec un ton déclamatoire et une mimique très intelligente en apparence son monologue absurde. Il n'est pas négativiste et seulement par instants il a de la catalepsie; indifférence complète.

Novembre, décembre 1907. — Voici un nouvel exemple de ses paroles sténographiées.

D. — Bonjour, monsieur Pat... Comment ça va, monsieur Pat... ?

R. — Oui, monsieur !

D. — Vous avez bien dormi?

R. — Oui, monsieur !

D. — A quoi pensez-vous?

R. — A me servir à 3 heures. A 5 heures convoqué Monsieur Waldeck-Rousseau. C'est dangereux. A 5 heures au palais de Compiègne, par conséquent je dirai à Monsieur Waldeck-Rousseau : connaissez-vous madame Escorbiafar?

Je ne veux pas être confondu, à 2 heures, nous aurons la loi, je vous prie de faire les sommations. A présent, monsieur L... et la famille de monsieur Normand aussi, mais qu'on entende que c'est absurde, par conséquent j'admets que ce soit la discipline et que cela finisse aujourd'hui. Par conséquent, je vais retirer le président des chambres que je connais. Mademoiselle Fa... il

n'en est pas moins vrai que je suis ici à l'état de justice, vous voyez donc que ce n'est pas long; par conséquent, à l'heure actuelle nous...

Par conséquent à nous de soupirer, de ...

D. — Monsieur Pat..., quel jour sommes-nous ?

R. — Nous sommes lundi isphoglème.

Je préviens donc que je ne veux jamais entendre parler de ceci. En nous parlant jamais, je vous préviens de ...

D. — Monsieur Pat..., quand m'avez-vous vu pour la dernière fois

R. — Comme on sait, je suis à Jeanne d'Arc, je suis à personne d'autre, je voudrais que cette plaisanterie soit finie.

Toute l'année 1907-1908, il appelait constamment l'interne monsieur Neveu, et l'interne provisoire, monsieur l'adjudant. Le surveillant-chef était monsieur le Receveur des finances.

Année 1908. — Le malade, qui sortait de son lit pour aller aux cabinets placés à côté et marchait en se traînant et se tenant aux meubles, a de plus en plus de peine à effectuer ce court trajet. L'état mental est le même. Indifférence ; pas de négativisme, ni de suggestibilité, ni de catalepsie. Monologue presque constant tantôt à voix basse, tantôt sur un ton plus élevé, avec plus ou moins de gestes. Parfois gestes de prière, les mains jointes à plat devant la figure, sans que cela ait de rapport avec les paroles, ou gestes comme d'apaisement, les mains séparées et tendues en avant à plat.

28 septembre 1908. — On note une des litanies récitées sur un ton chantant et déclamatoire :

Monsieur Vincent	cinq ans
Embaude	cinq ans
Enfer	dix ans
Emmarmet	dix ans
Emmor	dix ans
Emcatholique	dix ans
Emcatholique	dix ans
Emquinze	dix ans
Embarbare	dix ans
Emsphord	dix ans
Mademoiselle Cendrillon	cinq ans
Vincent	cinq ans
Rue du Coursit	cinq ans
Chante	cinq ans
Subriode	
Cuvelide	six heures
Anger	cinq heures
M. Vérone	cinq ans
Memmdenn	six heures
Vincent opéra-comique	
place du Châtelet	cinq ans
à cinq heures	cinq ans

etc., etc.

4 mai 1909. — P... appelle le chef de service : monsieur de Norwège. Il se

prête docilement à l'examen somatique, au début, pendant lequel on le découvre, et on note une apparence de signe de Kernig, pas très intense. Mais il se refuse aux mouvements commandés :

D. — Levez cette jambe, monsieur P... !

R. — Je n'ai pas à la lever.

D. — Essayez de lever la jambe.

R. — Je vous dis non, monsieur.

On veut examiner ses testicules :

R. — Je ne veux pas ; pourquoi me faites-vous mal ? (on ne lui fait aucun mal.)

D. — Voudriez-vous vous lever ?

R. — Non.

D. — Pourquoi ?

R. — Parce que je n'attends qu'une honnête paix !

D. — Je désirerais vous voir levé.

R. — C'est pourquoi je ne veux pas me lever.

D. — C'est très important.

R — Je vous demande la paix.

Par moments il se tient les mains jointes à plat ou les doigts mêlés à la hauteur de la bouche en marmottant.

Comme renseignements complémentaires il faut noter qu'il accueille sa sœur avec la plus complète indifférence. Il ne fait aucune toilette, et voici comment il mange : il repousse toujours cuiller et fourchette ; il tient son assiette chargée d'aliments à la hauteur de la bouche, les mains à plat sous l'assiette ; il reste un bon moment dans cette position, puis aspire les aliments en penchant l'assiette vers sa bouche.

Ainsi donc : enfance et adolescence anormales ; paresse extrême. Début un peu tardif par des symptômes de neurasthénie, puis délire de persécution et de grandeur. Agitation par intervalles. Au début de la période actuelle, Pat... paraissait avoir conservé presque toute son intelligence, comme on le voit par la réponse si sensée faite à l'interne (p. 815). Au bout de trois ans on constate de la litanie déclamatoire, de la « stupeur catatonique », des signes physiques dûs surtout à une complication. Indifférence totale ordinaire, alternatives de négativisme et de suggestibilité, stéréotypies, mots fabriqués. Pas de délire spécial, mais le monologue incohérent est devenu presque constant.

Nous voyons, plus complètement développés, ces symptômes qui chez les malades précédents n'étaient encore qu'ébauchés, ceux portant sur le côté moteur. Il y a ici une tendance généralisée à la « persistance » ; la mimique est plus figée que chez les trois autres, même Delo..., c'est ce qu'on appelle la « stupeur catatonique », avec absence d'action ou action contraire (négativisme) ; il y a des stéréotypies d'attitudes ; mais ici les stéréotypies de mouvements

sont restreintes à l'acte de manger par exemple, et surtout au langage : cette *litanie déclamatoire*, « verbigération », sans aucun sens, chantante ou pathétique, si caractéristique, avec formation nouvelle de mots qui va si souvent avec la « salade de mots ». Enfin, il faut remarquer comme chez Delo... que, dans certains moments très docile, à d'autres le malade est atteint de négativisme ; il refuse ouvertement de faire ce qu'on lui demande : « Je vous dis non, monsieur. » Si l'indifférence est souvent absolue, le fou incohérent n'aime pourtant pas trop qu'on s'occupe de lui, il y a de temps à autre un réveil de la volonté négatrice : l'un grogne et cherche à s'échapper, l'autre répond n'importe quoi, le dernier répond carrément non. Cette indifférence, qui est un des caractères de la « démence précoce », n'est donc pas absolue, tant s'en faut, quoique vraiment prédominante dans un grand nombre de cas.

Voici maintenant une observation, que je donne intentionnellement fort longue, et qui a fait le sujet d'un travail en collaboration avec le docteur Séglas (1). C'est une stupeur catatonique typique (moins la catalepsie). De plus il y a eu, chose assez peu fréquente dans les folies discordantes, surtout dans la catatonie, des interruptions complètes dont une de 14 ans, rémission, guérison momentanée, pendant lesquelles le malade a repris ses occupations, a fait son service militaire et s'est marié. J'ai vu d'autres cas avec rémissions ou intermittences, mais jamais si longues. On pourrait peut-être faire une forme à part pour ceux qui aiment cela, *forme intermittente de la catatonie*, mais qui se rencontre surtout quand il y a au début des signes rappelant ceux de la manie ou de la mélancolie (Urstein). Il ne faut jamais oublier, quand les familles demandent un pronostic, de laisser entrevoir la possibilité, dans les folies discordantes, d'un arrêt plus ou moins long ou complet : le cas de Geo... donne en particulier à réfléchir à ce point de vue, d'autant plus que, d'après les auteurs, les intermittences dans la catatonie franche sont très rares, je le répète.

Catatonie. — Rémission de 14 ans entre le second et le troisième accès.

Geo... Gustave, entré à Bicêtre le 15 décembre 1908, à l'âge de 34 ans.

Il y a dix-sept ans, en 1891, l'un de nous (Docteur Séglas) l'a examiné et suivi à sa consultation de la Salpêtrière, puis dans le service de Charcot où il avait été placé, et voici les notes prises au moment où il était à la clinique.

(1) Chaslin et Séglas, Intermittence et démence précoce. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, n° 3, mai-juin 1911.

25 juillet 1891. — *Renseignements* fournis par le père du malade.

Le père et le côté paternel n'offriraient rien de particulier, sauf des rhumatismes chez le grand-père.

La mère a des attaques de nerfs. Son père est mort de la poitrine, sa mère d'un cancer de la joue.

Le malade est venu à terme. La grossesse de sa mère avait été bonne.

Dans l'enfance, pas de convulsions, pas de maladies nerveuses, pas d'onanisme. Pas d'obsessions apparentes.

Très peureux, timide, toujours sombre, la tête baissée, il était aussi très jaloux de sa mère, ne voulait pas qu'elle rie, lui disant qu'elle était trop jeune. Il était aussi très méticuleux : un de ses camarades l'avait surnommé le père La Brosse, parce que si G... sortait dix fois dans une journée, il se brossait à chaque fois. En pension se trouvait dans la première moitié de sa classe ; il apprenait lentement. — Employé de commerce.

Il y a deux ans a été très malade, paraît-il, pour avoir entendu crier une dame qui accouchait au-dessus de sa chambre.

Le début de l'affection remonte à peu près à trois mois. Depuis quelque temps le jeune G... (qui a 17 ans) se préoccupait beaucoup de son travail ; il devient taciturne, paresseux, disant qu'il se sent malade, se plaignant d'avoir mal à la poitrine (d'ailleurs depuis longtemps, deux ou trois ans, il avait des étouffements, devenait cramoisi ; une fois même il s'est presque trouvé mal). Lui qui aimait beaucoup sa mère, il paraît l'avoir prise en aversion. Le sommeil devient mauvais, G... se levant et se recouchant ; frayeurs nocturnes, pas d'hallucinations. Il faisait de grandes difficultés pour manger, il y a six semaines ; était très long à se décider ; mais une fois en train il finissait par manger. Il s'est enfui plusieurs fois de chez lui et a passé des journées entières à se promener.

G... a une attitude profondément affaissée, le corps tout entier en flexion, la tête immobile, les yeux fixés en avant très légèrement baissés. On constate des mouvements de déglutition fréquents accompagnés d'un léger bruit. La voix est basse, monotone. Il faut insister pour obtenir une réponse :

D. — A quoi penses-tu toute la journée ?

R. — A rien.

D. — Que fais-tu toute la journée ?

R. — Je reste couché.

D. — Pourquoi ?

R. — Je me sens fatigué.

D. — Tu ne dors pas la nuit ?

R. — Un peu.

D. — Qu'est-ce que tu as lu hier ?

R. — Je ne m'en rappelle plus.

Il se rappelle pourtant être venu hier au laboratoire. Ne sait pas le jour, ni la date où il est entré dans le service. Il pense quelquefois à sa famille. Il souffre des reins et des pieds et il dit qu'il a peur parce qu'il est éreinté ; il se plaint d'étouffer et montre depuis le creux de l'estomac jusqu'à la gorge.

D. — Dors-tu la nuit ?

R. — Pas trop.

D. — Pourquoi ?

R. — J'entends des potins.
D. — Tu entends des voix?
R. — Oui.
D. — Quand il n'y a personne?
R. — Oui.
D. — Elles te menacent?
R. — Pas positivement.

Pas de cauchemars avoués. Pas d'idées d'auto-accusation. Idée vague que sa mère voulait se débarrasser de lui sans qu'il sache pourquoi.

Pendant tout cet examen, il a la physionomie ennuyée, une tête figée, comme de marbre (1), le sourcil froncé. Pas de tension musculaire généralisée; cependant il résiste à tous les mouvements qu'on veut imprimer à ses membres et fait des gestes d'impatience. Il écrit correctement ses noms, âge et adresse, puis des mots non terminés. Pas d'anesthésie à la piqûre. Léger dermographisme. Le testicule gauche paraît plus sensible que le droit. Varicocèle peu prononcée. Léger hypospadias.

28 juillet 1891. — G... répond mieux aux questions.

11 août 1891. — Lenteur et indécision des mouvements volontaires, pour s'asseoir, pour se lever, pour prendre quelque chose. Les mouvements sont plus rapides si on les lui commande énergiquement. Secousses musculaires spontanées. Si on frappe sur un tendon, le malade saute tout entier. Pas d'attitudes cataleptiques.

22 août. — Raideur à peine marquée, plus de soubresauts. Bonne circulation périphérique. Etat physique bon.

27 août. — Il a dit que sa mère venait ici ayant des rendez-vous avec M. J... (au début de la maladie voulait à toute force coucher avec elle?). Lenteur et indécision de tous les mouvements : s'y prend à plusieurs reprises pour se lever de sa chaise, pour prendre un objet quelconque.

28 août. — Il dit : « Je suis malade, c'est la flemme; ça dure plusieurs mois, ça cesse et ça reprend, ça mène à la mélancolie. C'est parce que j'ai trop mangé de salade. »

Rires par intervalles. Il regarde en dessous d'un air narquois après ses réponses et se met souvent à rire et à siffler.

5 septembre. — Soubresauts musculaires surtout du biceps droit. Même indécision des mouvements pour s'habiller, se lever. A les mains froides, pas de troubles vaso-moteurs. Même aspect, mais œil méfiant, impatienté. Ne paraît pas halluciné.

Fin septembre 1901. — Sort de la clinique Charcot.

25 mars 1892. — Après avoir travaillé, depuis sa sortie de la Salpêtrière, dans les magasins du Bon Génie, il retombe malade. Il est envoyé à Sainte-Anne avec le certificat suivant de l'un de nous : « Troubles intellectuels caractérisés par des interprétations délirantes multiples, idées érotiques, impulsions violentes; il a fait une tentative d'homicide contre sa mère. Onanisme. Instabilité mentale. »

Il est transféré à Vaucluse où le Dr Legrain délivre le certificat suivant:

(1) Quelques jours avant son entrée à la clinique Charcot, il avait manifesté à un premier examen rapide une vive frayeur provoquée par le tintement d'une sonnette.

« délire hallucinatoire; confusion extrême dans les idées et dans les actes, frayeurs; attention impossible à fixer; idées de persécution; idées mélancoliques; actes impulsifs de nature variée. » (29 mars 1892).

Par la suite il serait resté dans le mutisme complet; il se serait tenu la bouche pour ne point parler (?) ; il aurait été nourri à la sonde; il aurait eu un abcès de l'oreille gauche; enfin un jour il aurait demandé brusquement des cordons de souliers. C'était le premier symptôme d'une amélioration qui ne fit que s'accentuer jusqu'à sa sortie, le 9 juin 1894.

Quelque temps après, il s'engage pour quatre ans. Il fait très bien son service militaire, n'étant jamais puni; mais sa surdité commençante l'aurait empêché d'être gradé.

Après son service, entre comme employé à la comptabilité dans une Compagnie d'assurances où il fait progressivement son chemin.

Enfin il se marie à 32 ans sans que sa famille ait rien remarqué d'anormal en lui depuis sa sortie de Vaucluse, mais il était toujours, comme dans son enfance, ombrageux et jaloux (1).

20 septembre 1908. — Il est opéré d'un varicocèle. Le surlendemain il paraît bizarre. Le 24, on le conduit dans le service du Dr Ballet à l'Hôtel-Dieu. Il reste un mois sans vouloir manger, en disant qu'il s'ennuie, qu'il est perdu; il écrit pourtant correctement à sa femme. Au bout de deux mois, sa femme le reprend, et pendant douze jours son état paraît se modifier très favorablement. Il sort seul. L'un de nous le vit à ce moment et ne constata chez lui d'autres symptômes que des préoccupations hypocondriaques ayant leur point de départ dans l'opération subie en septembre. Tout à coup il est retombé, parlant sans discontinuer pendant deux jours, en disant des gros mots et en gesticulant. Une nuit il a comme une syncope pour laquelle sa femme va chercher un médecin. Il s'inquiète de voir ainsi sa femme à une heure indue dans la rue. Il se plaint que sa mémoire s'en aille, que ses idées ne se suivent pas: « Il me semble que je deviens fou. » Pour s'occuper il écrit des heures entières des notes de pharmacie. Enfin, un soir, il a l'air d'entendre quelque chose, « des voix et des cloches »; très agité, il saisit une chaise en criant: « Il faut que je le crève »: puis il a regret de cet acte, il dit qu'il y a trop longtemps que cela durait, qu'il fallait qu'il cassât quelque chose. — Le scandale causé par cette scène émeut les voisins qui se plaignent au commissaire. Celui-ci fait envoyer G... au dépôt. Il va de là à Sainte-Anne et enfin à Bicêtre le 15 décembre 1908.

Sa femme, qui donne ces renseignements, affirme qu'il ne boit pas, qu'il est très rangé; mais il était très soupçonneux. G... aurait maigri d'une vingtaine de kilos depuis le début des troubles mentaux en septembre.

16 décembre 1908. — Entre dans le cabinet du médecin avec une démarche lente, sans signes de politesse, la casquette sur la tête ; le corps tout entier en flexion légère, les yeux fixés en avant et en bas, l'air un peu soucieux et les traits complètement figés dans cette expression. Le teint est grisâtre, sans indication pathologique précise. Le malade s'étant assis sur injonction répétée à voix très haute (il est sourd et on est obligé de crier ou de parler à son oreille pour se faire entendre), garde la même attitude générale.

(1) Ces renseignements sur le séjour à Vaucluse et la vie postérieure de G. sont fournis par la mère.

D. — Pourquoi êtes-vous soucieux, monsieur G...?
R. — Je pense à elle.
D. — Qui, elle?
R. — Ma femme.
D. — Depuis combien de temps êtes-vous ici? (il est arrivé hier).
R. — Je ne sais pas.
D. — Où êtes-vous?
(Geste vague).
D. — Quel âge?
R. — 34 ans.
D. — En quelle année êtes-vous né?
R. — 1874.
D. — En quelle année sommes-nous?
R. — En 1900.
(Il paraît faire une grimace de douleur.)
D. — Où souffrez-vous?
R. — Dans le côté; un point de côté.
D. — Qu'est-ce qu'il y a dans ce côté?
(Pas de réponse. Il se lève, fait un mouvement accompagné d'une grimace.)
D. — Vous avez reçu un coup?
R. — Oui.
D. — Quand?
(Pas de réponse.)
D. — Votre corps est en bon état?
R. — (à voix très basse) Pas trop.
D. — Votre cœur est-il à sa place?
R. — Non.
D. — En avez-vous encore un?
R. — (en souriant à voix plus haute) Ben! cela serait malheureux!
D. — Avez-vous de l'appétit?
R. — Je ne sais pas.
D. — Avez-vous votre estomac bouché?
R. — Pas encore.
D. — Vous aimez bien votre femme?
R. — Oui.
D. — Croyez-vous qu'elle vous faisait des infidélités?
(Pas de réponse; se met à rire doucement, avec geste de doute.)
D. — C'est cela qui vous rend triste?
R. — Non, c'est l'appétit qui ne va pas.

Pas d'idées de persécution ni d'auto-accusation constatables. Ne se rappelle pas avoir cassé une chaise chez lui, avoir subi une opération. Toutes ses réponses sont faites à voix basse, lente, monotone, indifférente. Ni négativisme ni catalepsie. Il s'en va du même air qu'il était venu, sans avoir manifesté spontanément une idée ou un sentiment. Rien à noter au point de vue somatique. Dans les urines dépôt phosphatique abondant et pigments biliaires. Régime lacté.

18 décembre. — Dans la salle, G... sourit de temps en temps, embrasse ses mains, les tourne et retourne. Embrasse le bol ou le gobelet où on lui donne à boire; fait des signes de croix au-dessus, regarde dessous, puis absorbe une

partie du contenu. Il refuse le lait (sa femme et sa mère disent qu'il ne l'aime pas) en disant qu'on le réserve pour sa femme, afin qu'elle le mette dans sa soupe. G... parle rarement et à voix basse. Il a les yeux presque constamment tournés vers le plafond. — Il a demandé hier à sa femme si elle avait fait remplacer la chaise qu'il avait cassée chez lui. Mis au premier degré avec lait.

28 décembre. — Refuse toute nourriture. On est obligé de le nourrir à la sonde.

2 janvier 1909. — Ecrit à sa femme une assez longue lettre où il dit qu'il commence à aller un peu mieux ; il donne de ses nouvelles et demande de celles de sa famille, mais avec des phrases incomplètes. L'orthographe est correcte. — Suppression de la sonde.

8 janvier. — Ecrit à sa femme une lettre tout à fait normale, d'après celle-ci.

9 janvier 1909. — Maintenu au lit depuis le commencement de l'année, il est un peu amélioré ; il recommence à manger seul avec les mêmes gestes bizarres qu'il avait au début. Continue, dans l'intervalle des repas, à faire des gestes et à remuer la tête. Il répond un peu plus facilement et d'une façon un peu plus animée. — Autorisé à se lever par l'interne. — Lorsque le malade va aux W.-C., il va, vient, tourne sur lui-même, puis se met à cheval sur la cuvette du côté opposé où on se place ordinairement.

13 janvier 1909. — Même attitude qu'à l'entrée ; même expression de physionomie, figée et légèrement soucieuse ; les yeux baissés, mais regardant de temps en temps très rapidement en face et en dessous par suite de l'inclinaison de la tête en avant. Il fait constamment des gestes étranges avec les mains ; il lève et agite un instant sa casquette, sans qu'on puisse savoir pourquoi tout cela. Toujours pas d'orientation précise dans le temps ou l'espace ; il sait vaguement qu'il est à Bicêtre, mais pas depuis combien de temps et ne sait pas l'année ; pas d'idées délirantes révélables.

D. — Mettez votre bras sur votre tête.

R. — Pourquoi faire ?

On répète l'ordre. — Il exécute le mouvement. Il marche sur injonction, toujours avec la même attitude penchée, figée, à tous petits pas lents. En passant sur le tapis il s'essuie les pieds. Puis il s'arrête spontanément au bord du tapis et reste planté là sans rien dire.

On le prie de s'asseoir sur une chaise près de la table. Il le fait en marmottant quelques mots : « Le marron d'Inde, le marronnier. » On essaye en vain de savoir pourquoi il parle ainsi. On le prie d'écrire ; de la main droite il fait d'abord quelques gestes bizarres avec la plume ; il hésite et écrit lentement enfin. Son écriture spontanée est peu correctement tracée ; il efface quelques syllabes avec le doigt passé sur l'écriture fraîche :

« D'une geneve je pense a mes enfants étant près ou éloignés
« mère = 5 pied
« leurs coiffures et leur toilette
« leur déjeux ».

C'est tout à fait incohérent comme phrases, mots, syllabes et idées.

On lui dicte l'instruction sur l'alcoolisme qui figure sur les feuilles d'ordonnance ; il écrit : « L'alcoolis est un acmpoisonnement chronique. » Puis on veut lui faire copier une phrase dans un journal ; au lieu de cela il écrit spontanément et rapidement : « la chimère et l'abuminurie font notre vie ou notre perte. » Plusieurs lettres sont mal tracées, quelques-unes tremblées.

On lui montre deux journaux; il répond que ce sont des journaux officiels et en souriant ajoute : « Voulez-vous m'en donner un ? » Puis il prend sur la table une feuille d'ordonnance et lit spontanément à voix basse l'instruction sur l'alcoolisme et dit : « On voit cela partout encadré avec des dessins. » Puis il sort de sa poche un morceau de pain et le montre en ajoutant : « Ça c'est de la croûte. »

D. — Pourquoi est-ce faire?

R. — Pour porter à quelqu'un.

D. — Pourquoi ?

R. — Quelqu'un qui peut avoir faim.

D. — Qui cela ?

R. — Ma femme.

Puis ne répond plus. Il sort sans aucune forme de politesse.

On a noté qu'il urine de temps en temps au lit.

25 janvier. — Mutisme complet. Toujours ses gestes bizarres, d'ailleurs variés.

9 mars 1909. — Est conduit de nouveau dans le bureau du médecin. Même attitude, même mimique, etc. Pas de négativisme; il s'assied et répond aux questions plus ou moins comme ci-dessus. Il fait les gestes bizarres déjà mentionnés d'une façon continuelle. On lui demande à plusieurs reprises qu'elle en est la signification. Il interrompt ses gestes et se frotte la tête avec une main, mais ne répond pas, puis reprend ses gestes. Sur une nouvelle question, il répond enfin : « C'est afin de m'occuper pour faire quelque chose. » On continue à essayer de causer avec lui. Il finit par manifester de l'ennui par une mimique suffisamment claire et il s'agite sur sa chaise. On lui pose la question : « Cela vous ennuie, monsieur G... ? » Il ne répond pas.

Le surveillant lui tend la main. G... fait un geste de refus net. L'interne lui tend la main ; G... hésite et finit par donner la sienne en faisant un mouvement décomposé en trois saccades. Le surveillant lui demandant alors : « Vous ne voulez pas me donner la main, monsieur G... ? » le malade sourit et répond : « Un de ces jours. »

On lui dit de mettre sa casquette sur la tête ; il le fait sans hésitation ; d'ouvrir la bouche ; de tirer la langue; il obéit et ajoute en montrant du doigt des dents plombées: « Je mets du coton et de l'huile. » On continue à poser des questions. Finalement G... se détourne d'un air profondément ennuyé et ne répond plus rien. « Vous pouvez vous retirer ! » A ce mot, G... se lève lentement et va vers la porte en disant : « Où qu'on me mène... De quel côté qu'on va ? » Il met ses mains dans ses poches d'un air ennuyé. Le médecin lui crie : « Bonjour, monsieur G... ! » G... esquisse un salut militaire et s'en va à la porte ; il manque de tomber en franchissant le seuil.

14 mars 1909. — Depuis son entrée, ne manifeste à peu près aucune spontanéité, restant à l'infirmerie, ordinairement couché ou quelquefois levé, et debout ou assis, immobile, en faisant ses gestes particuliers qui ne paraissent pas être toujours les mêmes. Depuis environ un mois G... n'a plus uriné au lit ; il se promène depuis trois jours dans la cour dix minutes à un quart d'heure. Lui qu'on était obligé de guider en tout et de faire manger, il se met à la table commune, triture les aliments avec sa cuiller, mais attend qu'on les lui enfourne.

20 mars. — Analyse complète d'urine.

	PAR LITRE	PAR 24 HEURES	MOYENNE PHYSIQUE par 24 heures.
Urée	15gr,50	17gr,95	24 à 38
Acide urique	0gr,43	0gr,473	0.50 à 0.70
Anhydride phosphorique	2gr,37	2gr,60	1.50 à 3.00
Chlore	14gr,50	15gr,95	10 à 16

Volume............... 1010
Réaction acide.
Densité............... 1021
Albumine........... }
Glucose............ } Néant.
Pigments biliaires.... }

25 mars. — Sa femme, venue pour avoir des nouvelles, dit que dimanche dernier il faisait des gestes plus rapides que jamais et qu'il prétendait vouloir imiter le kanguroo sans dire pourquoi. Un autre jour, il faisait le geste de jouer au zanzibar. Il s'intéresse, dit-elle, à la situation de grossesse de sa femme à l'enfant futur, à son nom, à la santé de ses tantes. Il aurait parlé, il y a trois semaines, de la chaise cassée en disant qu'il ne savait pourquoi il l'avait cassée. Elle le trouve mieux, plus animé en sa présence. Il lui a dit que ces gestes étranges étaient dus à la « maladie enfantine. »

1er avril. — G... dit spontanément à son infirmier qu'il lui devrait un fameux cierge quand il serait sorti d'ici.

Sa femme prétend qu'à elle, G... se plaint toujours de souffrir quelque part, fluxion de poitrine, douleurs de jambes, rhumatismes, etc.

On fait venir G... avec sa femme et on assiste à leur conversation. Il s'anime évidemment un peu, manifeste de la tendresse pour sa femme, demande spontanément des nouvelles de sa famille, tout en continuant de temps à autre à faire ses gestes. Sa femme lui demandant pourquoi il les fait, il répond : « C'est machinal. » Sur une question de Mme G...., il affirme manger tout seul maintenant, ce qui est inexact. Celle-ci nous raconte que son mari a dit à une cousine, qui est venue le voir, qu'il se souvenait parfaitement avoir été déjà malade une première fois.

22 avril. — Commence à gâter au lit ou, levé, dans son pantalon. Va dans les W.-C. de la cour et y ramasse des matières fécales. Hier il s'était complètement barbouillé de matières; à la sortie du bain de nettoyage, il s'est agenouillé sans rien dire devant l'infirmier, en se prosternant plusieurs fois.

26 avril. — Pour la première fois il dit : « J'ai un remords qui fera le malheur de ma vie, c'est pour cela qu'il faut que je jeûne. »

3 mai 1909 — Il demande à sa femme si le 1er mai il n'y avait pas eu de bruit dans la rue.

17 mai. — Réflexes très forts. Inégalité pupillaire avec myosis gauche. Dermographisme faible.

20 mai. — Lettre presque raisonnable de G... à sa femme, sauf qu'il ne mani-

feste aucun étonnement d'être à Bicêtre; il donne de ses nouvelles et demande de celles de sa famille d'une façon presque correcte.

16 juin. — Nouvelle lettre analogue à celle du 20 mai :

« Ma chère petite femme,

« Comment vas-tu, je commence à m'ennuyer de toi. Mère est venue hier et j'étais un peu content d'avoir de ses nouvelles. Paraît que ça a été dur pour toi et que tu a souffert beaucoup.

« L'essentiel est que ça va mieux et que le bébé se porte bien.

« Je voudrais bien le voir car ça commence à être long.

« Lui donne tu à têter ou le biberon.

« Je te dirai que ça va un peu plus mieux et que la patience d'attendre de ses nouvelles me fera grand plaisir.

« Les médecins ton ils bien soignée ?

« De mon côté j'ai bien souffert aussi et je crois que je ne suis pas au bout, maintenant que je suis appelé à être papa.

« Ce qu'il faut songer c'est que le baptême ou son prénon.

« Bien des choses à ta mère et à mon beau-frère pour moi.

« J'espère qu'ils se portent bien tous les quatre.

« Dans l'espoir d'avoir de tes nouvelles le plus tôt possible, je t'embrasse ainsi que ma petite fille.

« Quand ça ira et que je serai auprès de toi, nous irons la faire tirer en portrait.

« Comment va Ch.... et sa femme. Les affaires vont-elles en cette époque de l'année.

« Une poignée de main par moi.

« Bonsoir et réponds moi de suite, car je trouve le temps long,

« Léon G...

« Embrasse bien ma petite fille pour moi, est-elle gentille »

22 juillet. — Mutisme absolu. Négativisme. — Paraît de temps en temps s'intéresser à quelque objet, et alors son masque immobile se revêt d'une légère et fugitive expression. G... est sans chaussettes dans ses souliers. On veut le faire écrire; il demande « la craie et l'ardoise ». Enfin, après bien des gestes et des hésitations, il se décide à prendre le crayon bleu qu'on lui tend ; il écrit des mots incohérents, mal formés, et trace des dessins informes entremêlés de lettres. Ne répond rien aux questions écrites qu'on lui pose. Comme on lui demande depuis combien de temps il est ici, il répond : « Il y a un temps infini. »

4 août — On lui annonce avec précaution la mort de sa femme. Il ne paraît en rien ému. Au bout d'un instant il dit : « Alors, je suis veuf, c'est affreux. » Et c'est tout.

12 septembre. — L'infirmier de la salle rend compte que G..., à deux heures et demie, pendant la visite de sa mère, s'est levé subitement de sa chaise, le regard fixé en avant et a crié deux fois : « Monsieur Courcelle ! » puis a frappé violemment la table à coups de poings. Physionomie courroucée. Au bout d'un instant, G... a repris sa placidité ordinaire.

17 octobre. — Une partie de la matinée grande excitation et agitation : G... se met à courir subitement dans la cour, jetant son paletot qu'il vient d'en-

lever sur la tête des malades qu'il rencontre. Paroles incohérentes prononcées avec volubilité : « Je tiens la chèvre à Landouski et lui tire la queue; j'ai tué la chèvre, je l'ai dépecée et fait avec des côtelettes de mouton dont nous nous sommes régalés... C'est le petit trou (ferme à moitié la main). Je ne travaille pas, mais je ne suis pas une p...

« Mon père m'a cassé les dents.

« Je fais des peignes avec de la graisse, verts, rouges, bleus.

« J'ai fait dans une queue de poêlon... »

Depuis quelques jours, le matin, G... semble avoir de l'excitation par bouffées relativement courtes.

28 octobre. — Nouvel examen. — Sensiblement mêmes résultats que précédemment. A noter seulement qu'à un moment, comme on l'interpelle : « Monsieur G...! », il répond par un jeu de mots sur son nom.

Depuis son entrée le malade n'a, en somme, guère varié ; on a noté à diverses reprises la façon dont il se comporte en général à la section. Comme un exemple résumant bien l'ensemble, voici la note du surveillant concernant ces derniers temps :

« G... ne fait pas sa toilette seul, ne s'habille pas seul. Il n'entend pas la cloche des repas. On le déshabille et on le couche comme un enfant. Mais il va seul aux W.-C. où il fait des gestes bizarres. Il ne gâte couché ou levé que de temps en temps. Il est indifférent à tout ce qui se passe autour de lui, accueille avec indifférence son père et sa mère, leur parle à voix basse de choses banales et incohérentes. Se promène rarement. Se tient le plus souvent dans un coin dans l'attitude figée déjà décrite et avec les gestes menus et variés des mains. Dans les quelques périodes d'excitation qu'il a présentées, parle à n'importe qui avec véhémence.

« On le fait aller à table. Mange rarement seul, mais lorque cela lui arrive, il reste un temps infini pour manger, s'arrêtant longuement à chaque bouchée, mâchant lentement. Il lève la cuiller à hauteur de sa bouche, l'y maintient un certain temps, puis, après avoir regardé dessous, et fait plusieurs gestes de la main gauche, il la met dans la bouche. Lorsqu'il boit, il lève son gobelet à deux mains comme le calice à la messe, remue les pouces et les index sur le gobelet, puis regarde plusieurs fois dessous.

« Il mange souvent avec ses doigts, n'importe ce qu'on lui sert; mais paraît préférer ce que sa mère lui apporte.

« Lorsque celle-ci laisse des provisions en dépôt et que l'infirmier les lui offre, il n'y touche pas et ne semble pas les voir, mais dès que le garçon les a replacées dans l'armoire, il profite de l'éloignement de l'infirmier, jette un regard circulaire pour s'assurer qu'on ne le remarque pas et, ayant été chercher les provisions, les avale gloutonnement. »

5 décembre 1909. — Crise convulsive avec secousses généralisées au début de l'accès, localisés ensuite au côté droit. Bave non sanguinolente. Pas de stertor; le malade revient à lui au bout de dix minutes environ. De petites secousses se montrent à la main droite après la crise, puis s'espacent et cessent complètement.

Il me paraît difficile de voir un plus beau cas de catatonie, *sans* catalepsie, il est vrai ; mais ces intermittences, dont une a duré

quatorze ans, pendant lesquelles le malade a poursuivi sa carrière et s'est marié, montrent bien d'une part que la « démence précoce » n'est pas une démence dès le début, et d'autre part, comme je l'ai déjà dit, que l'intermittence n'est pas suffisante pour déterminer une forme spéciale de folie. On voit aussi que le négativisme est surtout l'ennui d'être interrogé, comme je l'ai exposé longuement (p. 54). Enfin il faut noter les lettres presque normales de G., alors que ses propos sont tout à fait incohérents. La discordance est donc très étendue. On peut parfois rencontrer l'inverse, les lettres étant plus incohérentes que les paroles.

Remarques générales.

Discordance et folies discordantes. — Chacun des types que j'ai décrits sous le titre général de folie discordante est-il un type à part d'une folie à part ou seulement une *forme* d'une folie ? Le lien commun entre ces types, la « discordance », est-il suffisant pour n'en faire qu'*une* folie ? — Je pourrais me dispenser de répondre, puisque j'ai assez dit que la clinique seule ne nous permet pas de trancher la question jusqu'à présent et que je ne faisais pas de nosographie. Le mot de *type clinique* ne préjuge rien.

Quoi qu'il en soit, *cliniquement* il y a un lien entre ces types; il *semble* qu'il y ait des formes de passage; enfin les folies discordantes paraissent se développer très approximativement en *trois périodes*, de début, d'état et enfin terminale.

C'est surtout Kraepelin qui a réuni sous le nom de « démence précoce » l'Hébéphrénie de Häcker et Kahlbaum, la Katatonie de Kahlbaum, la Démence Paranoïde, et qui tend à en faire une entité (bien qu'avec réserves). Il y a rattaché aussi les folies systématisées hallucinatoires, qui pourtant sont assez distinctes cliniquement et dont je les sépare résolument.

La démence dans les folies discordantes. — Ce mot de « démence précoce », choisi par Kraepelin, est mauvais, car, ainsi qu'on l'a vu, la démence n'arrive le plus souvent qu'au bout de longues années. Aussi Bleuler emploie-t-il le mot de « Schizophrénie » pour caractériser ces folies et j'ai choisi celui de folies *discordantes*, le mot discordance correspondant à l'ataxie intra-psychique de Erwin Stransky, à la dysharmonie intra-psychique de Urstein. La démence, même quand elle arrive, ne paraît pas d'ordinaire très pro-

fonde ; elle ressemble assez à celle des folies systématiques où le plus souvent elle manque ou est très partielle. Le « dément précoce » est toujours moins dément qu'il ne paraît. Si démence « précoce » veut dire début de l'affection très tôt, c'est encore mauvais, car, en contraste avec les cas qui débutent à 8 ans (la démence *précocissime* de S. de Sanctis), il y en a qui débutent tardivement, dans l'âge mûr ou même la vieillesse, et on a décrit de la « démence précoce tardive », de la catatonie tardive ! On peut, pour revenir au syndrome démence, le voir apparaître réellement très tôt et très accentué chez les jeunes gens ; Morel avait déjà signalé ces cas et on pourrait leur réserver le nom de démence précoce qu'ils méritent : cela se voit surtout dans l'hébéphrénie qui serait ainsi la vraie démence précoce, peut-être la seule. Mais le cas de Lab...H. (p. 685), fou systématique, qui est tombé dans une vraie démence juvénile, fait penser deux choses : soit que l'âge de la puberté ou de l'adolescence peut être fatal, tout comme la cinquantaine, quel que soit le type clinique ; soit qu'il faille réunir ensemble, sous le nom de *démence précoce véritable de Morel*, et l'hébéphrénie et tous les types qui aboutissent à la démence dans la jeunesse. Ici encore je ne peux que signaler cette question difficile.

Rapports avec l'épilepsie. — On a vu l'hébéphrénie de Her... (p. 407) compliquant l'épilepsie. Les accès épileptiformes ont été signalés chez plusieurs de nos malades. Cela éveille l'idée qu'il y a peut-être des relations entre la démence juvénile épileptique et la « démence précoce ». C'est encore un point sur lequel nous ne savons pas grand'chose.

Signification de la discordance. — J'ai déjà dit que les symptômes *simulent* souvent très promptement la démence : délire incohérent à froid, indifférence, actes bizarres de divers genres, ou bien inactivité complète de l'intelligence avec occupations devenues d'ordre inférieur, stupeur avec attitudes bizarres, actes incohérents, etc., et malgré cela, le plus souvent, aucun signe d'affaiblissement intellectuel proprement dit, même passager, pas de perte de mémoire, pas d'erreurs de jugement. Quelques auteurs admettent pourtant que ces signes indiquent la démence. J'ai déjà parlé de tout cela, je n'y reviens pas. Pour moi, tant qu'il n'y a pas diminution de la mémoire et du jugement, affaiblissement intellectuel, il n'y a pas de démence ; et encore faut-il que cet affaiblissement ne soit pas sous la

dépendance de la confusion, de la stupidité ou de la dépression. Il faut qu'il soit *pur*, pour qu'il ait toute sa signification d'affaiblissement intellectuel définitif. Tout ce qu'on peut dire, c'est que ces symptômes incohérents, discordants, indiquent qu'un jour il y aura *très probablement* dans l'évolution de l'affection une période de démence, mais je dis un jour, sans qu'on puisse préciser, puisqu'on voit ces symptômes rétrocéder, disparaître, faire place à une guérison plus ou moins complète, plus ou moins longue. Et ce n'est qu'au bout de longtemps, parfois de plusieurs années (14 ans dans le cas de Geo...), que la rechute se produit et peut être définitive. L'est-elle toujours?

Démence « neuro-épithéliale » et folies discordantes. — Si les types cliniques de ces folies donnent matière à des discussions sans fin à cause de leurs relations, leur délimitation extérieure n'engendre pas moins de querelles que l'on peut appeler byzantines, les éléments décisifs manquant et les discussions étant simplement verbales. Je ne veux que faire une lointaine allusion aux rapports et différences qu'il y a entre cette « démence précoce » et cette folie maniaque — dépressive de Kraepelin, à propos desquels disciples et adversaires de ce maître éminent échangent des horions. Heureusement que les travaux anatomo-pathologiques de Klippel et de son école abordent la question par le côté utile (1). Ils décrivent dans un certain nombre de cas d'hébéphrénie des lésions spéciales portant avant tout sur le tissu noble et qui sont bien distinctes des lésions démentielles ordinaires. Ces premières recherches me paraissent plus importantes que tous les mémoires accumulés en Allemagne et ailleurs pour ou contre la « démence précoce ». La clinique étant jusqu'ici insuffisante (2), c'est à la pathologie à intervenir.

C'est sous le bénéfice de ces remarques que j'aborde l'exposé général des folies discordantes.

Exposé général.

Les folies discordantes ont pour caractère principal commun de présenter une *discordance*, une désharmonie entre les symptômes,

(1) Voyez l'excellente thèse de Raymond Mallet. La démence neuro-épithéliale, thèse de Paris, 1910-1911 (1911).

(2) Elle suffit pourtant à séparer les folies systématisées des folies discordantes, bien que peut-être il y ait des relations entre celles-là et la folie paranoïde.

ceux-ci paraissant indépendants jusqu'à un certain point les uns des autres, et ce *avant* la démence confirmée.

Klippel a trouvé dans certains cas des lésions neuro-épithéliales. Si cette constatation s'étendait à tous les cas et tous les types, il faudrait faire un seul type de tous ceux décrits et le faire rentrer dans la section des troubles mentaux de cause reconnue. Mais nous n'en sommes pas encore là.

Il y a généralement des folies, névroses ou intoxications dans la famille. L'enfance du malade est le plus souvent *anormale*.

Types principaux.
- 1° Hébéphrénie et hébéphrénie atténuée;
- 2° Folie paranoïde;
- 3° Folie verbale;
- 4° Catatonie.

Dans tous les types on peut rencontrer des accès épileptiformes.

L'évolution peut être intermittente dans l'hébéphrénie, même dans la catatonie.

Le *pronostic* est sévère, car les guérisons complètes sont douteuses, bien qu'il y ait, peut-être, des améliorations relatives.

Le *traitement* est nul.

1° Hébéphrénie.

Début de 8 ans à 25 et même 30 ans (quelques auteurs vont plus loin).

Brusque ou lent, quelquefois insensible.

Période de début. — Paresse, indifférence, lenteur du travail, opposition, colères, tristesses, en un mot changement de caractère. Quelquefois excitation sans motif, fugues, tics, rires, grimaces, attitudes bizarres passagères, enfantillages (au-dessous du niveau du malade), idées délirantes vagues, frayeurs nocturnes ou diurnes sans motif. Onanisme. Plaintes sur la santé.

Accès hystériformes.

Migraines, névralgies, anorexie, constipation, insomnie, cauchemars, etc.

Généralement c'est le professeur qui s'aperçoit le premier d'un changement dans les allures, le travail, la tenue : le professeur et la famille croient naturellement à la paresse et au mauvais vouloir de l'enfant, tandis que celui-ci se sent souvent devenir malade.

Période d'état. — Accentuation de tous ces phénomènes, mais suivant les cas on peut distinguer quelques aspects différents :

Dépression et tristesse, pseudo-mélancolie, idées délirantes plus ou moins vagues d'auto-accusation, de persécution, hypocondriaques, tendances au suicide, aux accès d'anxiété, plaintes sur l'impuissance, la difficulté à se mouvoir, à penser, à agir. Parfois quelques phénomènes cataleptiques, attitudes singulières, ralentissement de la parole et des actes.

Excitation avec bavardage, agitation, pseudo-manie, satisfaction, colères, rires inconsidérés sans motifs, enfantillages, plaisanteries, « manies », tics, mouvements stéréotypés et extravagants de toute espèce, écrits désordonnés et bizarres, mots singuliers, mais généralement avec l'orthographe conservée, parfois fugues, actes tombant sous le coup de la loi, etc.

Idées de persécution plus ou moins précises avec ou sans hallucinations de différents sens (électrisation, empoisonnement, etc.).

Idées de grandeur diverses.

Toutes ces idées délirantes, ces troubles émotionnels et moteurs varient, s'entre-mêlent généralement ou prédominent plus ou moins avec une allure étrange et désordonnée. Mais ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que cela est généralement *très superficiel*. Sous le jeu de ces symptômes apparaît souvent une *indifférence* complète, une apathie qui ne fait que s'accroître, qui peut d'ailleurs être coupée d'accès émotifs, de négativisme, d'une courte période de stupeur plus ou moins riche en phénomènes dits catatoniques (voir plus loin, p. 837).

Avec cela *conservation de l'intelligence, du jugement, de la mémoire*, parfois de l'attention à un degré surprenant, de l'orientation dans le temps et le monde extérieur : en un mot il semble que l'intelligence soit intacte, du moins pendant très longtemps, mais que le malade ne s'en serve plus, puisqu'il ne travaille plus, ne fait généralement rien, à moins que ce ne soient des ouvrages enfantins (au-dessous de son âge) ou des actes purement automatiques. Aussi avec son attitude, parfois à apparence forcée, ses gestes incohérents, sa mimique souvent contradictoire, ses rires ou sourires ironiques, ses grimaces, ses élucubrations, variant d'un moment à l'autre, ou son mutisme, fait-il très souvent l'impression d'un *simulateur* ou de quelqu'un qui se moque de son interlocuteur et qui joue une *comédie*.

Variations de poids fréquentes suivant l'état du malade. Ordinairement bon état général. *Accès épileptiformes* plus ou moins complets à de grands intervalles.

Cet état peut se prolonger des années sans que la vraie démence ne s'installe. D'autres fois, celle-ci arrive avec une effrayante rapidité, en quelques mois *(démence précoce vraie)*.

Période de démence. — L'affaiblissement intellectuel est des plus variables comme intensité; il peut être très profond ou à peine marqué. Les symptômes précédents perdent ordinairement leur acuité et deviennent monotones : agité ou déprimé, avec gestes ou paroles stéréotypés, le malade reste debout, couché ou vautré dans un coin, sale, débraillé, ne retrouvant d'activité que pour engloutir sa nourriture qu'il répand sur lui en partie; en un mot, réduit en apparence à une vie purement végétative et automatique, parfois tel qu'un idiot; je dis en apparence, car dans certains cas on est surpris de retrouver sous cette enveloppe démentielle, avec cette indifférence souveraine, cette apathie et ce mutisme absolu, une intelligence beaucoup moins atteinte qu'on ne croirait, comme endormie seulement. Une autre chose curieuse est qu'un certain nombre de ces malades ont conservé une mimique intellectuelle très vive, d'autres, au contraire, beaucoup plus rares, ont l'aspect d'idiots profonds.

Il arrive que la démence très peu accentuée permette l'utilisation du malade pour des travaux peu compliqués. D'autres finissent à la longue par retrouver un peu de leur activité passée. Enfin quelques-uns, plus rares, peuvent jouer un petit rôle dans la société, mais ne sont plus ce qu'ils étaient; il y aurait amélioration, guérison relative.

Hébéphrénie atténuée. — L'affection se déroule sous une forme qui rappelle beaucoup la neurasthénie; mais il y a, contrairement à ce qui se passe dans cette affection, une indifférence extrême, une paresse pathologique, avec quelques symptômes qui doivent en outre faire soupçonner l'hébéphrénie : gestes bizarres, attitudes fugitives singulières, tics, grimaces, rires, enfantillages, en un mot, sous une forme à peine ébauchée, ceux que l'on rencontre dans l'hébéphrénie complète.

Diagnostic. — Au début, et chez l'enfant, avec :

La neurasthénie (plus rare chez l'enfant, efforts du malade pour combattre l'affection).

Les obsessions (qui *précèdent parfois l'hébéphrénie*, pas d'indifférence, ni de changement de caractère proprement dit, connaissance de l'affection).

Les tics (autre état mental).

La chorée (caractère des mouvements).

La méningite tuberculeuse (signes de méningite).

La démence épileptique (nombreux accès et vertiges, perte de l'intelligence prédominante, lenteur des mouvements).

La paralysie générale juvénile (démence vraie, signes de P. G., ponction lombaire).

La syphilis cérébrale (démence, signes physiques).

La turbulence épileptique (accès d'épilepsie, excitation généralisée).

La folie morale (précède parfois l'hébéphrénie, pas de stéréotypies ni de délire).

En l'absence de renseignements, chez l'enfant et chez l'adulte, on peut être obligé d'attendre longtemps, mais il faut éliminer :

Le délire d'épuisement (affaiblissement intellectuel passager).

Le délire épileptique (généralement court, sauf exceptions, mais qui peut être très embarrassant; rechercher l'épilepsie, sans oublier les accidents épileptiformes de l'hébéphrénie).

La manie (bien plus généralisée; quelquefois embarrassante, mais jamais de stéréotypies, de manières, de grimaces).

La mélancolie (rare chez l'enfant, aspect stable, vraie douleur morale, mimique, aucune stéréotypie).

La folie systématique chronique (systématisation, *concordance* des symptômes, le contraire de l'indifférence, réticence et non négativisme, mimique autre).

La folie aiguë (polymorphisme fréquent du délire, mais moins incohérent, à moins qu'il n'y ait excitation; concordance. L'incohérence à froid est en faveur de l'hébéphrénie).

L'hystérie (suggestibilité très grande, délire de rêve, attaques convulsives spéciales, etc.).

A la période de démence, il s'agit d'un diagnostic sémiologique dont j'ai longuement parlé (p. 255).

2° Folie paranoïde.

Début en général plutôt dans la jeunesse que dans l'enfance, parfois dans l'âge adulte.

Début rapide :

Idées délirantes multiformes avec ou sans hallucinations, de persécution, de grandeur, hypocondriaques, de négation, de transformation corporelle, délire d'imagination, etc., avec excitation, dépression, anxiété, agitation, raptus, souvent indépendants du côté intellectuel, etc. — Intelligence intacte en apparence.

Puis, peu à peu et très rapidement, l'agitation, les réactions émotionnelles tombent, le délire devient tout à fait extravagant, absurde, mobile, diffus, contradictoire, autant et plus que dans la P. G., ordinairement avec indifférence ou euphorie, mimique d'ironie, verbiage incohérent et en apparence purement verbal, et conservation de l'intelligence et de la mémoire, tandis que se développent plus ou moins complets des signes d'émancipation motrice : stéréotypies, tics, actes étranges, collectionnisme, monologues, mots fabriqués, en un mot les signes dits catatoniques; ou une pseudo-stupeur avec mutisme, le malade végétant sans bouger presque dans un coin; ou un mélange de mutisme et de monologue, etc., etc.

Aspect démentiel par l'indifférence, la tenue débraillée, la gloutonnerie, les actes automatiques, le mutisme ou le verbiage incessant, etc.

Enfin la démence vraie arrive après quelques mois ou plusieurs années, avec plus ou moins de profondeur.

Pas de signes physiques.

Diagnostic. — Avec tous les états qui s'accompagnent de *délire incohérent*, surtout avec :

Le délire alcoolique (caractères spéciaux, délire de rêve spécial, signes physiques).

Le délire infectieux (délire de rêve, signes physiques).

Le délire d'épuisement (délire de rêve, confusion, mimique, signes physiques).

Le délire hallucinatoire (hallucinations prédominantes).

Le délire épileptique (parfois difficile; signes de l'épilepsie, urée ordinairement courte).

La paralysie générale (démence vraie, signes physiques, ponction lombaire).

La folie systématique chronique (systématisation évidente).

La folie aiguë systématique ou « délire d'emblée » (systématisation plus grande ou alors excitation ; concordance ; débilité mentale fréquente surajoutée).

3° Folie discordante verbale. — Elle est rare.

Dans les cas purs, après un début plus ou moins analogue aux précédentes formes, la folie se résume en un langage complètement incohérent, avec mots fabriqués constamment, apparence de conservation d'un sens au discours, intonations, rires, sourires, gestes, en un mot la mimique du discours conservée contrastant

avec l'incompréhensibilité du sens. Dialogues et monologues; conservation de la mimique intellectuelle, des habitudes automatiques ; indifférence totale et adaptation à l'asile. Pourtant, de loin en loin, une phrase sensée, surtout au début d'une conversation, indique que peut-être l'intelligence proprement dite est moins touchée que le langage et que peut-être celui-ci par son désordre empêche de penser (?).

La durée paraît très longue.

Diagnostic. — Avec : tous les cas où il y a langage incohérent, mais qui sont immédiatement éliminés par les mots fabriqués surabondants de la folie verbale (Voy. p. 194). On devra pourtant faire particulièrement attention à ne pas confondre avec la folie systématique ancienne avec langage symbolique (les phrases sont plus correctes, il y a des idées délirantes évidentes).

4° Catatonie. — Début comme dans les types précédents, ou presque d'emblée, état de catatonie. La *stupeur* et l'excitation dite *catatonique* avec agitation spéciale durent plus ou moins de temps, avec parfois des rémissions plus ou moins longues. Quelques idées délirantes ou hallucinations rares et passagères. Je me borne à donner la *liste des signes dits catatoniques*, mais qui *ne sont pas,* tant s'en faut, pathognomoniques de la folie discordante, ni tous présents ensemble :

Stupeur; catalepsie; raideurs musculaires; flexibilité cireuse; docilité automatique; écho des gestes; écho du langage; mutisme; négativisme; réponses entortillées et inexactes exprès (Vorbeireden). Refus des aliments; manger à la dérobée. Mots fabriqués; bavardage et litanies, litanie déclamatoire ; écrits avec les mêmes caractéristiques (parfois, par contraste, étonnamment raisonnables.)

Stéréotypies d'attitude; stéréotypies de mouvement; manières et grimaces; impulsions; automutilations.

Pendant que le malade est dans la stupeur, il conserve le plus souvent toute son attention et sa mémoire; il reçoit bien des impressions, mais il semble ne pas s'en servir pour un travail intellectuel à cause d'une indifférence absolue, d'une apathie souveraine; mais une fois en train d'effectuer ce travail, il ne paraît pas avoir de difficulté, pas plus que pour les mouvements. Il n'y aurait donc pas « inhibition », ralentissement du cours des idées par obstacle. La lenteur avant la réponse ou l'acte viendrait de *l'association par contraste*, c'est ce que Kraepelin appelle *Sperrung*

par opposition à la *Hemmung* (c'est une simple hypothèse).

Signes physiques fréquents : Inégalité pupillaire ; dilatation ; exagération des réflexes ; salivation ; arrêt des règles ; hypothermie ; gâtisme par stupeur ; gâtisme par négativisme ; accélération ou ralentissement du pouls ; variations de poids considérables ; troubles vaso-moteurs ; accès épileptiformes.

La *démence* véritable s'installe peu à peu en même temps que la monotonie des signes dits catatoniques.

Durée très longue.

Diagnostic. — Lorsque tous les symptômes sont au grand complet, il est difficile de se tromper. Cependant on pourrait confondre la catatonie avec les états où apparaissent la stupeur, la catalepsie, les stéréotypies, bien que dans tous ces états les signes dits catatoniques soient le plus souvent partiels et transitoires :

Le délire infectieux (confusion ou délire de rêve, pas de négativisme, état somatique).

La démence infectieuse (démence vraie, pas de négativisme, commémoratifs, signes physiques).

Le délire traumatique (parfois très difficile, s'il y a de la stupeur traumatique ; commémoratifs, généralement pas de négativisme, pas de stéréotypies ni de manières).

Le délire épileptique (essentiellement passager, souvent état de confusion, pas de stéréotypies, signes de l'épilepsie).

La P. G. (pas de négativisme, signes de démence, signes organiques).

Les tumeurs cérébrales (pas de négativisme, confusion, signes organiques).

L'idiotie avec stéréotypies [*ces stéréotypies sont très semblables à celles du catatonique*] (commémoratifs, signes physiques, état intellectuel d'idiotie).

La mélancolie avec stupeur (mimique de la tristesse, grande fixité de la stupeur, beaucoup moins de négativisme).

L'hystérie (suggestibilité, exagération, commémoratifs).

CHAPITRE XIV

TYPES CLINIQUES D'ATTENTE

SOMMAIRE. — « *Hallucinose* ». — C'est un type clinique décrit tout récemment, caractérisé par des hallucinations multiples chroniques constituant tout le délire, sans délire surajouté abstrait, sans le caractère de rêve. Est-ce vraiment un type à à part ou a-t-il des relations avec la folie systématisée hallucinatoire ?

Deux autres types. — L'un paraît être un délire multiforme incohérent chronique datant de l'enfance, chez un débile, avec prédominance finale de négation et de grandeur par contraste, sans discordance, entraînant des émotions et réactions adaptées, sans démence. — L'autre est une démence simple sans délire avec stéréotypies, paraissant s'être installée sans cause à l'âge de 40 ans chez un déséquilibré. Quel rapport peut-il y avoir entre le déséquilibre et la démence, quel rapport avec l'hébéphrénie simple ?

« Hallucinose ».

Depuis quelque temps on publie des observations d'un type clinique ne rentrant dans aucun de ceux précédemment décrits, et qui avait passé jusqu'ici inaperçu. J'ai observé à Bicêtre, dans mon service, un de ces malades dont le cas avait été communiqué par Lucien Cotard à la Société Médico-psychologique en 1908 (1). Voicid'abord la première partie de l'observation rédigée par ce jeune collègue dont la mort prématurée a interrompu la carrière pleine d'avenir.

Fou..., âgé de 25 ans, est entré dans le service du docteur Séglas le 13 juin 1908, après avoir passé quelque temps dans le service du docteur Pierre Marie, où il avait été admis à cause de ses hallucinations. Il n'y a rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires ; lui-même s'est toujours bien porté avant sa maladie actuelle. Il était, au dire de son père, d'un caractère vif et volontaire. Il avait jusqu'alors été employé dans une Compagnie d'assurances.

Le début de l'affection remonte au mois de juin 1907. A cette époque, on remarqua un certain changement dans sa manière d'être : il riait parfois sans raison, ou bien restait le nez dans son assiette pendant les repas. Peu de temps

(1) LUCIEN COTARD. Deux cas de psychose hallucinatoire. *Soc. méd.-psycho.* Séance du 28 nov. 1908, *Ann. médico-psycho.*, mars-avril 1909, 9e sem., t. IX. p. 256.

après, il avoua pour la première fois à sa tante qu'il entendait des voix; ces voix l'appelaient soit le jour, soit la nuit, et alors il se levait. Quand les voix lui parlaient, il fallait qu'il leur réponde. A la suite d'un séjour de deux mois dans la maison de santé du docteur Pottier, à Picpus, l'état de F... s'était sensiblement amélioré, si bien qu'il put se remettre au travail; mais cette amélioration ne persista pas, et F..., entendit de nouveau des voix. Quand il s'endormait, il croyait voir une personne près de son lit. Il croyait qu'on l'électrisait.

F... entra le 17 novembre dans le service du docteur Pierre Marie. Il s'y montra d'abord très tranquille, quoique d'humeur changeante. Au mois de juin, F... commença à refuser de manger, disant qu'il n'avait pas faim. Les jours suivants il manifeste une certaine excitation, et notamment tenta de se suicider en se jetant par la fenêtre. C'est à la suite de cet événement qu'il fut transféré dans le service de M. le docteur Séglas.

Interrogé à son entrée, F... raconte comme il suit les diverses péripéties de sa maladie :

Une nuit, dit-il, il a vu comme des traits noirs qui passaient à côté de lui. Il s'est aussitôt réveillé en sursaut, il s'est dit : « Mais qu'est-ce qu'il y a? Je suis donc halluciné? » Puis il se souvient d'avoir été se promener aux Galeries Lafayette, sur les bateaux mouches et dans le Métro, où il a reçu « une décharge épouvantable ». Il se sentait alors comme commandé, comme poussé à aller devant lui; il entendait même des voix qui lui disaient : « Je veux que tu ailles là. »

Maintenant il voit souvent trois personnes d'un côté et trois de l'autre; celles de droite disent le contraire de celles de gauche. Ces personnes entrent par les murs. Elles existent, on pourrait les toucher; l'une d'elles est maigre, l'autre est grosse, habillée en redingote. Elles prennent souvent la tête d'un député; elles le traitent de fumier, de « rondibé » (*sic*).

Parfois aussi F... avait des hallucinations verbales visuelles: il voyait une main écrire sur le mur le mot « m.... » soit en rouge, soit en bleu, soit en noir, ou bien tracer des opérations arithmétiques.

F... sent encore des « pointes électriques qui lui sortent du corps » ; il perçoit souvent des odeurs de vin, de fromage, de raifort iodé, d'iodoforme.

Il voit souvent des bras coupés, des têtes fendues. Il sent dans la poitrine comme un fil tendu du sein au cœur; il a vu un feu violet qui lui est entré dans le nombril. Sa tête change, tantôt elle devient énorme, tantôt, au contraire, toute petite. Il a des mouches devant les yeux; elles sortent des fleurs du jardin. Il sent du « froid dans les parties ». Il y a des flammes qui traversent le mur et lui entrent dans le dos.

Toute la journée des voix lui parlent. Il en est abruti. Elles lui causent politique ou affaires, et s'il voulait leur répondre, il y perdrait la tête.

Par moments il sent son corps grossir. Il a dans la bouche de mauvais goûts.

26 décembre 1908. — Il est passé dans mon service. Il raconte que, hier soir, les yeux ouverts, il a vu des personnages sur le coin du traversin d'un autre lit.

D. — Existaient-ils seulement?

R. — Pour moi ils n'existaient pas.

D. — Ont-ils parlé?

R. — La bouche remuait, savoir s'ils causaient, je ne peux pas me l'expliquer, je ne suis pas bien sûr.

D. — Ça a duré longtemps?

R. — Peut-être trois quarts d'heure.

D. — Sur quel oreiller était-ce?

R. — Sur l'oreiller d'un voisin.

D. — De quelle eouleur était-ce?

R. — Gris d'un eôté, de l'autre bariolé avee un foulard sur la bouche, sur la tête; surtout je ne veux pas m'en oceuper, je chasse de moi ces idées fixes.

D. — Avez-vous vu du feu?

R. — Oui, de l'élcctricité, de grandes lignes qui tombent sur moi.

. . . .

D. — A quoi attribuez-vous cela?

R. — A la faiblesse de constitution, à l'anémie.

D. — Vous fait-on eela pour vous ennuyer?

R. — Peut-être bien, je ne peux pas savoir.

. . . .

26 février 1909. — Vient demander sa sortie paree qu'il s'ennuie, mais il y a 15 jours il lui est sorti du dos des eouleurs bleues, rouges, de la forme d'un pompon, d'une fleur ou d'une feuille de fougère, qui rentrent dans le mur en traversant les earreaux avec une vitesse épouvantable.

D. — Vous saviez qui c'était qui vous ennuyait ainsi?

R. — On m'a dit m ... et v..., mais je ne sais. Ils disaient nous ne sommes pas méehants, mais nous sommes là pour t'ennuyer, nous hommes des bourriques. Ils ont dit qu'ils avaient des *touffes* à me mettre dans le dos.

D. — ?

R. — Oui, de eouleur, noir, blane, rouge ou bleu. — Rien que eela.

Le malade paraît très peu intelligent malgré ses talents de eomptable; il est fort laid et chétif. Il demande fréquemment sa sortie pour reprendre son métier.

Il s'agit donc d'un trouble mental essentiellement caractérisé par des hallucinations de tous les sens, sans système, sans idées délirantes abstraites, surajoutées; il n'y a aucune des tendances et réactions du persécuté, et F... n'est pas non plus un alcoolique. Tout en croyant à la réalité de ses hallucinations, F... sent qu'il est malade, il est tout à fait orienté et normal, sauf sur ce seul point des troubles sensoriels. C'est pour employer l'expression admise récemment une « hallucinose » chronique qui ne ressemble pas, à mon avis, au délire hallucinatoire décrit p. 366, bien que Farnarier ait mélangé les deux formes dans sa thèse (déjà citée). Ce n'est donc pas non plus un délire de rêve. Ce type clinique ne rentre dans aucun de ceux que j'ai étudiés jusqu'à présent; il mérite d'être mis à part, d'autant plus que dans une autre observation de

Lucien Cotard, dans le même travail, le trouble hallucinatoire a duré 12 ans sans changement.

Avant cette communication, Séglas avait déjà signalé le fait dans ses leçons cliniques (1), Farnarier (2) également, bien que, je le répète, je crois qu'il y a une différence avec le délire hallucinatoire qui, lui, est plus délirant. Depuis lors, on a publié de nouvelles observations sur le même sujet. A cause de la nouveauté de ce type clinique, je crois devoir donner les indications d'un certain nombre de ces travaux tout récents (3).

Parmi les observations renfermées dans ces derniers, il semble bien que l'une d'elles n'ait pas été suffisamment prolongée, car, dans une des dernières séances de la Société de psychiatrie, on a apporté la preuve que « l'hallucinose » décrite s'était tranformée dans ce cas en folie de persécution systématisée avec hallucinations (4). Il convient donc, avant de se prononcer sur le diagnostic, d'attendre un temps assez long pour être sûr qu'il ne s'agit pas de vraie folie avec un début plus hallucinatoire que d'ordinaire, ce qui arrive comme on voit. A moins que l'avenir ne vienne démontrer que cette « hallucinose » a des rapports étroits avec la folie systématique hallucinatoire.

Autres types.

Je ne donnerai que deux exemples de malades pour lesquels j'ai été très embarrassé de trouver une place dans la classification suivie jusqu'ici, deux exemples seulement pour ne pas allonger ce chapitre. Ils suffiront avec « l'hallucinose » à éveiller l'attention du lecteur, en lui montrant que tout n'est pas fini, même au point de vue clinique, en médecine mentale.

Délire multiforme incohérent chronique avec prédominance d'idées de négation et de grandeur rétrospective par contraste. — Enfance anormale.

(1) Séglas, *Leç. clin.*, Paris, 1895, p. 451.

(2) Farnarier, La psychose hallucinatoire aiguë, Th. de Paris 1909, déjà citée.

(3) Dide et Gassiot, La psychose hallucinatoire chronique, communication à la Soc. de psychiatrie, *l'Encéphale*, 5e année, 2e sem., nº 12, 10 déc. 1910, p. 492. — On trouvera dans cette communication un relevé des cas connus à ce moment.

Dupré et Gelma, Hallucinose chronique, communication à la Soc. de psych., *l'Encéphale*, 6e année, 1re sem., nº 3, 10 mars 1911, p. 282. — Buvat, Un cas d'hallucinose chronique, communication à la Soc. de psych., *l'Encéphale*, 6e année, 2e sem., nº 9, 10 août 1911, p. 153. — Lire la discussion à ce propos.

(4) Boudon et Pierre Kahn, Psychose hallucinatoire chronique à début d'hallucinose, communication à la Soc. de psychiatrie, séance du 16 nov. 1911, *l'Encéphale*, 6e année, 2e sem., nº 12, 10 déc. 1911, p. 668.

— **Début à 13 ans. — Pas de démence, pas de discordance. — Débilité mentale. — Nystagmus.** — Luc..., manœuvre dans une imprimerie, entré à l'âge de 24 ans à Bicêtre, le 5 mai 1901.

Antécédents (fournis par son père) (1). — Le père, 70 ans, ne présenterait rien de particulier. La mère est morte récemment de maladie de cœur et du chagrin de la maladie de son fils. Quatre enfants : un fils aîné bien portant, un deuxième aurait quitté sa famille à 9 ans; on en est sans nouvelles; une fille morte en bas âge.

Notre malade aurait marché et parlé tard; à deux ans, en revenant de nourrice, il avait l'air un peu idiot. Cependant il va à l'école et passe le certificat d'études primaires. A 12 ans il travaille avec son père, contremaître dans une imprimerie : « Il n'avait pas de cœur à l'ouvrage. » Il commence à se plaindre de la tête. A 13 ans, ces douleurs de tête et des propos incohérents le font conduire à Lariboisière, où on le déclare « retardataire » avec guérison possible. Il continue à travailler à l'atelier jusqu'à 18 ans, avec mollesse, en continuant à être un peu incohérent. A partir de cet âge, se met à tenir avec emphase des discours absurdes aux voisins et même dans la rue; il gesticule; il se disait, paraît-il, roi, empereur, il voulait tuer ses parents qu'il traitait d'assassins. Il continue pourtant à travailler. Il aurait eu des accès où il tombait par terre en tremblotant (??). Puis part au service dont il revient réformé au bout de quelques mois et reprend son travail dans les mêmes conditions. Il aurait eu à ce moment une liaison avec une jeune fille dont le nom revient souvent dans sa bouche depuis qu'il est à l'hospice. Ses écarts de langage devenant de plus en plus grands, et ses actes de violences devenant de plus en plus à craindre, on est obligé de le placer à Bicêtre où il entre le 6 mai 1901 avec un certificat mentionnant des hallucinations et des idées de suicide. D'après le père, il serait triste continuellement avec des accès d'agitation et n'aurait jamais été considéré comme intelligent.

Du 6 mai 1901 au 1er janvier 1906, nous n'avons que peu de renseignements sur son état; il semble avoir toujours présenté un délire multiforme avec hallucinations de l'ouïe, avec périodes d'excitation et d'agitation où il cassait les carreaux, voulait se tuer.

Janvier 1906. — Quand je le vois pour la première fois, je note que L... est un grand gaillard, maigre, à la physionomie peu intelligente, mais d'aspect normal, qui parle facilement et n'a nullement les allures hautaines d'un persécuté. Il est calme, et fait l'effet d'un débile avec de vagues idées de persécution.

16 mai 1906. — Il entend sa « petite Béatrice » qui lui parle. « Elle me dit : t'es gentil, t'es ci, t'es ça ». A d'autres moments il entend d'autres personnes. « Je me figure (*sic*) quelquefois que la tzarine arrive, que Mme Loubet, que Mme Fallières est là; je ne puis vous expliquer au juste, mais j'entends causer. » Il paraît s'intéresser à ce qu'il entend, et surtout à la voix de sa « petite Béatrice L... »

1er septembre. — Se plaint qu'on l'excite. On lui demande qui l'excite. Il répond : « les voix ».

D. — Que vous disent-elles?

(1) Peu capable de donner des renseignements précis.

R. — Je ne sais pas; c'est toujours la même chose. Pendant six ans on m'a fait manger de force, arracher les bras, torturer.

D. — Quelles sont les voix que vous entendez?

R. — Je ne sais pas; je ne puis pas comprendre.

D. — Que vous disent-elles?

R. — Oh! Ça ne me dit pas grand'chose; ça m'énerve et je deviens insolent.

D. — Des hommes ou des femmes?

R. — Les deux.

D. — Vous disent-elles des bêtises?

R. — Oh non, des niaiseries.

D. — Vous fait-on faire des saletés la nuit?

R. — Oh! oui, la masturbation. Ce qui m'énerve, c'est que quand je suis dans un coin il me semble que des personnes viennent à moi.

D. — Les voyez-vous ou les entendez-vous?

R. — Je les entends.

D. — Vous envoie-t-on des décharges électriques?

R. — Non.

12 septembre 1906. — Violente agitation. Se frappe la tête contre les murs pour se tuer; accuse son père de l'avoir fait assassiner: « C'est une canaille! » Il se croit mort. C'est la première fois, d'après le personnel du service, que L... aurait manifesté cette idée de se croire mort.

Se plaint toujours des voix. — « Ce sont peut-être les fils téléphoniques. »

Fin 1906 et 1907. — Même état. Continue à entendre sa « petite Béatrice » et des voix sur lesquelles les renseignements obtenus sont vagues. Périodes d'agitation avec violences contre lui-même. Idées de mort, de suicide, de persécution mélangées.

16 janvier 1908 :

D. — Comment allez-vous?

R. — Je m'ennuie toujours; je me vois mort depuis longtemps.

D. — Etes-vous mort?

R. — Je ne suis pas mort, puisque je marche, mais il y a plus de sept ans et demi que je devrais être enterré. Il y a quatre ans que je serais tombé comme une mouche dans ma cellule, j'étais électrisé.

D. — Et maintenant?

R. — Je suis en cellule; la nuit j'entends des voix, ça m'excite, je me lève la nuit; j'appelle les soldats par les fenêtres.

D. — Pourquoi vous fait-on cela?

R. — Je ne sais pas.

D. — Qui vous fait cela?

R. — M. le docteur F..., qui est à Asnières; je l'ai entendu dans la cellule numéro 10.

D. — En ce moment, vous entendez quelque chose?

R. — J'entends remuer; j'entends qu'on dit : « forte tête ».

D. — Et votre idée de mort?

R. — Je bois, je mange, je ne devrais pas manger ni boire.

D. — Hier vous me disiez que vous aviez deux balles dans _es testicules?

R. — Je sens que j'ai deux balles dans les testicules (1); une balle américaine et une balle prussienne. Je les ai avalées probablement dans la soupe. Je sens aussi qu'on m'électrise les pieds.

D. — Le cœur fonctionne-t-il bien?

R. — Faut croire que j'en ai un petit peu, puisque le perruquier m'a coupé et qu'il a coulé un peu de sang.

D. — Et les intestins?

R. — Je n'ai pas grand'chose. A l'infirmerie je serais tombé en cendres. J'étais maigre comme un squelette!

Sait la date, la date de son entrée, son âge et sa date de naissance.

Puis il reprend spontanément : « J'aimais mes parents, si ce n'est pas horrible! J'avais quelque chose dans la tête: je me croyais épatant; on disait intelligence extraordinaire... J'entends dire : c'est un garçon intelligent, il aurait pu faire un bon mari avec sa petite Béatrice, je l'aimais profondément; j'entends dire : c'est un mort qui mange, c'est un mort qui boit; alors je marche, je marche toujours; je devrais être enterré! »

11 novembre 1908. — « Je devrais être au cimetière depuis longtemps ; je suis à Bicêtre, je suis une victime. Ma place devrait être au cimetière ou à l'infirmerie où je serais mieux, etc. »

17 novembre. — Plus agité qu'hier. Parle spontanément avec pathétique : « Je suis le contraire de Napoléon, mais Napoléon, je le roulerais 500 mille fois... Je n'étais pas un imbécile... Fallait me voir travailler à Bicêtre; je n'étais pas une vache, je suis travailleur, j'avais du caractère, je cherchais... et personne!... J'ai deux balles dans mes testicules. Et c'est drôle, n'est-ce pas, un mort, un mort qui parle, les gens rient; alors, alors, alors et personne! »

18 novembre. — « Je suis mort d'ennui, de chagrin, de tristesse; j'aurais pu manger à la table de M. Emile Loubet, j'aurais pu faire un Président de la République! »

D. — Et maintenant?

R. — Maintenant je devrais être au cimetière.

Quelques jours après, l'agitation tombe. Les mêmes idées persistent, mais il faut les chercher. Quand on revient sur l'idée qu'il est mort, il répond : « Je l'ai tellement dit de fois. Quand on me parle de cela, j'aime mieux qu'on me parle d'autre chose. »

On profite du calme pour examiner son niveau mental. Mémoire très bonne, autant qu'on en peut juger; orienté complètement. Lecture, écriture, calcul élémentaire conservés. Orthographe correcte; quelques notions d'histoire et de géographie. Quand on le laisse écrire ce qu'il veut, il écrit : « Je suis un brave garçon, le meilleur, un garçon le plus sérieux du monde entier, le plus courageux, on ne sait pas, le plus intelligent, le plus..... mais j'étais un peu plus qu'intelligent. » Ne comprend pas des plaisanteries faciles, des images faciles. Reconstruit avec peine quelques phrases simples disloquées. Impossible de fixer assez son attention pour obtenir des réponses à la série des mots dont on doit chercher les idées associées.

Depuis ce moment, observé de près, se présente toujours de la même façon

(1) Deux noyaux indurés dans les épididymes, reliquats de son ancienne blennorragie.

avec ce mélange d'idées de persécution hallucinatoire vague, hypocondriaques, de négation, de mort, de grandeur rétrospective. — Il dit constamment : j'étais, j'aurais pu être, parfois je suis, mais ce présent a évidemment la valeur d'un imparfait. Il travaille quand il n'est pas agité ; est très poli ; parle volontiers de la pluie et du beau temps, et il y a des jours où il faut le pousser pour obtenir qu'il exprime son délire. Quand il est agité, il vous aborde spontanément dans la cour avec l'air pathétique et pénétré ; il parle d'abondance et il est difficile de l'interrompre. — Mais il émet toujours les mêmes idées.

29 mai 1909. — (Note du surveillant M. Colon.) — L..., agité, est, contrairement à son habitude, jovial et hilare. Tout l'amuse : les moindres choses sont motifs à plaisanterie, il rit en fléchissant le haut du corps et en se frappant vigoureusement sur les cuisses. Il parle d'une voix fluette : « Ah ! ah ! Monsieur Colon ! Comment ça va ? c'est drôle tout de même, un garçon comme moi, le plus intelligent qui existe, j'aurais fait de belles choses et j'aurais pu manger à la table du Président de la République », etc., etc. Quelques jours après retombe dans le calme.

Voici comment se comporte ordinairement L... dans le service :

L... fait sa toilette seul ; il arrive à la cloche des repas, il mange normalement. Il se couche seul. Vit en bonne intelligence avec tout le monde. Indifférent aux visites des autres, il accueille froidement son père, il refuse ou jette à terre l'argent que son père lui apporte. — Aide au ménage, joue aux quilles, aux dames, se promène seul, ne lit jamais, et converse avec les autres malades. Quand il est agité, casse les carreaux et cherche à se suicider bêtement, prend souvent une attitude agressive en répondant violemment à ses interlocuteurs imaginaires. Ne demande pas à sortir. Paraît complètement adapté à l'asile.

Il est grand et maigre, il a la mimique d'un débile, sans grande expression, même quand son discours a une intonation pénétrée et pathétique. Légère asymétrie crânio-faciale, adhérences des lobules des oreilles. Exagération de tous les réflexes.

En résumé, L... a eu une enfance anormale, pourtant il obtient son certificat d'études ; à 13 ans il a des maux de tête et tient des propos incohérents, ce qui le fait traiter de retardataire. Ces propos incohérents persistent jusqu'à 18 ans où ils augmentent d'intensité ; vraisemblablement il a des idées délirantes multiples, puisqu'il se disait roi, empereur, etc. A Bicêtre il manifeste d'abord des hallucinations assez vagues de l'ouïe avec idées de persécution, de grandeur ; des amis lui parlent (sa petite Béatrice) ; on l'excite la nuit. Il a des moments de violente agitation avec idées de suicide, de mort et de persécution mélangées. — Bref, il semble qu'il y a là un délire multiforme sans aucune systématisation, mais qui *entraîne des réactions appropriées*, depuis l'âge de 13 ans. Puis, vers 1908, c'est-à-dire à l'âge de 36 ans, L... paraît orienter plus spécialement son délire vers une forme de négation et hypocondriaque peu variée avec idées de grandeur

rétrospective par contraste, puisqu'il prétend être mort maintenant, tandis qu'autrefois il aurait pu « rouler » Napoléon, il était le garçon le plus intelligent de la terre, etc. Ces idées deviennent permanentes, s'accompagnent de temps en temps d'agitation, d'excitation intellectuelle, de bavardage, en même temps que le malade, pénétré de l'horreur de sa situation actuelle et de la grandeur qu'il aurait pu atteindre, prend des accents pathétiques pour vous rabâcher qu'il est mort et qu'il aurait pu être... Dans cet état il fait de nombreuses tentatives de suicide. — Dans l'intervalle il peut travailler un peu; il ne paraît pas dément du tout; la seule chose qui fasse penser à une démence possible, mais non encore arrivée, c'est la très courte période du 29 mai 1909 où il a été jovial en émettant exactement les mêmes idées, tandis qu'à l'état ordinaire il est sombre et même un peu tragique lorsqu'il répond aux questions. Enfin il a bien l'aspect, les manières et la politesse d'un débile.

Devant ce tableau clinique, quel diagnostic poser? La première idée qui vient à l'esprit est qu'il s'agit d'hébéphrénie ou de folie paranoïde. Pourtant la fameuse désharmonie, la *discordance* n'apparaît vraiment pas beaucoup; si le délire est incohérent, il s'accompagne d'émotion et de réactions appropriées. Malgré cela faudrait-il ranger ce cas dans la démence précoce, d'autant que le début a été vraiment « précoce » et que L... a toujours été anormal, tout comme bon nombre de déments précoces? Pourtant il est incontestablement un débile, et nous avons vu que certains délires incohérents apparaissent facilement chez les débiles, mais sans qu'il y ait de la discordance générale surajoutée. Ne pourrait-on pas admettre qu'il s'agit ici d'un délire chronique incohérent des débiles, assez analogue à la *paranoia originaria* de Sander? — L... est donc un malade qui m'a paru intéressant, d'abord par son type clinique peu classable, ensuite par ce délire de négation accompagnée de grandeur rétrospective par contraste, qui semble la caractéristique principale psychologique de ce cas. Chaque fois, en effet, que L... dit qu'il est mort, devrait être enterré, etc., c'est pour renforcer cette idée par celle du passé, alors qu'il aurait pu être Président de la République, être le garçon le plus intelligent de la terre et « rouler Napoléon ». Ce n'est pas une idée d'énormité, l'horrible renforcé par la grandeur actuelle ou future; c'est l'analogue de l'attitude mentale du mélancolique qui se désole de n'être plus comme autrefois, d'avoir perdu ses

capacités, de n'être plus rien, mais attitude ici amplifiée et poussée jusqu'à l'extrême; il exagère la hauteur où atteignait le passé, afin de mieux goûter, pour ainsi dire, la profondeur de misère actuelle et le néant présent où il est tombé.

Le malade suivant est également embarrassant, quoique dans un autre genre.

Démence simple avec stéréotypie apparue à l'âge de 40 ans chez un déséquilibré. — Gui.., comptable, entré à Bicêtre le 16 novembre 1909, à l'âge de 48 ans.

Renseignements fournis par la femme. — G..., marié depuis 21 ans, a toujours été jaloux de sa femme. Colères violentes fréquentes, se prolongeant toute la nuit avec excitation et paroles violentes. Toujours très sombre, ne voyait ni ne recevait personne. Ne répondait jamais aux questions. Très régulier et très ponctuel dans ses habitudes et son travail; très méticuleux.

Il y a 8 ans, sa femme fait une grave fièvre typhoïde soignée à l'hôpital. En rentrant chez elle, elle trouve son mari dans l'état où il est aujourd'hui. Il restait couché, refusant de se lever, de s'habiller, d'aller à son bureau où, prétendait-il, on lui jetait de l'eau et on se moquait de lui. Aucune idée délirante, ne semblait voir rien d'anormal. Ne demandait qu'à rester inerte, couché toute la journée, refusant de se changer, se mettant dans des colères terribles, allant en augmentant, si bien qu'on était obligé de l'enfermer. Il paraît qu'il faisait lui-même sa cuisine d'une façon étrange, faisant cuire des côtelettes avec du papier (?).

17 novembre 1909. — Un assez gros homme, débraillé et sale, l'air « éteint », entre dans le cabinet du médecin; il s'assied avec indifférence.

D. — Comment vous appelez-vous?
R. — G....
D. — Quel âge?
R. — 48 ans.
D. — Quel métier?
R. — Comptable au Crédit.
D. — Vous êtes en place?
R. — Je n'y suis plus depuis 6 ans.
D. — Pourquoi ne travaillez-vous plus?
R. — Pas facile de se placer; on veut des jeunes gens.
D. — Vous aviez cependant une place?
R. — J'ai été renvoyé à la suite de discussions.
D. — Quel jour sommes-nous?
R. — 16 novembre 1909.
D. — En quelle année êtes-vous né?
R. — En 1861.
D. — Quel âge?
R. — 48 ans.
Le malade marmotte continuellement entre ses reponses.
D. — Pourquoi parlez-vous à voix basse?
R. — L'habitude des chiffres!

D. — Pourquoi êtes-vous ici?

R. — La Salpêtrière nous a envoyés ici.

D. — Qu'en pensez-vous?

R. — Rien de bon.

D. — Vous avez des enfants?

R. — Deux filles.

Toutes ces réponses du malade sont faites à voix basse, monotone, avec un air complètement indifférent, encadré par ce marmottement où on croit saisir les réponses qu'il va faire tout haut.

D. — Comment allez-vous?

R. — Ça va pas mal, mais je voudrais une place de bureau. Nous sommes venus pour ça avec ma femme.

D. — Où êtes-vous ici?

R. — Je ne sais pas. On a parlé de la Maison-Blanche.

D. — Que soigne-t-on ici?

R. — Je ne sais pas, mais si je reste ici j'attraperai la fièvre! Je n'ai rien mangé hier (complètement inexact).

D. — Qui suis-je? et ces messieurs?

R. — Des médecins, je crois.

D. — Pourquoi marmottez-vous comme cela?

R. — C'est l'habitude de calculer. Mais ma femme ne vous a pas tout dit, il y a quelque chose dans la famille; ça ne se dit pas.

D. — Expliquez-vous.

R. — Oh! ça ne se dit pas.

On le fait écrire; il écrit spontanément, très correctement: « Je suis entré à l'hôpital hier matin; j'ai demandé à partir aujourd'hui ou demain si vous n'avez pas d'emploi pour moi. » Il écrit très correctement sous la dictée. Mais il a marmotté tout le temps.

Il ajoute : « Je voudrais savoir cette chose des lèvres que j'ai, mais ça ne me rend pas malade pour ça. C'est ma femme qui remue ses lèvres très vite. — Il y a 5, 6 ans que je suis sans place. Je ne parle pas: je ne dis jamais rien, j'ai pas dit quatre paroles hier. »

Quelques jours plus tard on l'examine plus à fond. Perte de la mémoire actuelle (*Tests* de Ziehen), affaiblissement considérable du jugement: il ne se rend pas compte que les personnes qui l'entourent ici sont des aliénés. Il est incapable de comprendre une image simple, de reconstituer des phrases simples dont les mots sont déplacés. Il fait des fautes dans des additions, mais correctement une multiplication longue avec la preuve par 9, dont il ne sait pas donner la théorie. Explications enfantines sur la comptabilité, son métier.

Décembre 1909. — Complètement indifférent, même quand il demande sa sortie. Il chuchote toujours, tantôt ce qu'il va répondre, tantôt après ses réponses, des mots incompréhensibles ou peut être seulement de simples sons, enfin il intercale parfois entre les phrases, sans relations apparentes avec elles, des mots incohérents marmottés.

On constate que le malade, observé dans le service, ne fait sa toilette que si on l'y pousse, et sans soin; il reste volontairement couché toute la journée; il mange avec ses doigts et très malproprement; mais il va au W.-C.

normalement. Il accueille sa femme très froidement. Il n'a aucune occupation, ne cause avec personne, reste inerte sur sa chaise ou dans son lit.

C'est donc une démence simple, sans idées délirantes, avec stéréotypies, indifférence complète, apparue sans cause connue chez un individu certainement anormal, déséquilibré. Rien n'indique qu'il ait été alcoolique; ce n'est pas un organique; ce n'est pas un dément « précoce » puisque le trouble mental caractérisé a débuté à 40 ans. Mais le malade a toujours été bizarre, anormal, et il est curieux de voir s'installer une démence comme celle-ci pendant le peu de temps qu'a duré la maladie de sa femme. On pourra dire que les renseignements sont peu précis, je l'accorde; mais ils sont néanmoins suffisants pour empêcher de ranger sûrement ce cas dans une catégorie connue et pour engager à se demander s'il n'y aurait pas des démences simples, mais *vraies*, s'installant chez des déséquilibrés à l'âge adulte, le déséquilibre mental constituant la première étape de l'affection.

TROISIÈME PARTIE

L'EXAMEN DES MALADES (1)

Sommaire. — *Procédés d'examen. Attitude générale du médecin. Considérations générales.* — L'examen comprend : l'inspection, la « provocation », l'interrogatoire, les commémoratifs, le recueil des renseignements, l'examen des produits de l'activité du malade; l'examen somatique.

On doit toujours se présenter à l'aliéné comme médecin. Précautions. Ordre de l'examen. Se méfier des renseignements et commémoratifs. Attitude du médecin pendant l'examen. Politesse et bienveillance toujours. Conversation avec le malade; le laisser parler, tout en suivant son plan; éviter la suggestion; se rappeler tout. Terminer par les signes physiques et les produits du malade, surtout les écrits. Mutisme. Questions suivant l'aspect. Une ou plusieurs séances d'examen. Etre prudent dans son diagnostic.

Manière de prendre une observation. — Sténographier, quand cela est possible, les questions du médecin et les paroles du malade, et pourtant se rappeler qu'il y a des malades devant qui il ne faut pas écrire.

Formes sous lesquelles on doit poser les questions. — Suivant un plan dans la tête du médecin. Mais ce n'est pas un questionnaire. Avoir toujours l'air de croire à la vérité de ce que raconte l'aliéné (sauf exception). Ne jamais faire de réflexions devant l'aliéné. « Saisir la balle au bond ». Avoir de la patience et savoir attendre. Don spécial de l'interrogatoire. En tout cas il faut de l'intelligence de la part du médecin.

Schéma de l'observation.

Schéma du questionnaire à remplir par le surveillant de l'asile : conduite de l'aliéné à l'asile.

Examen des produits de l'activité du malade : Ecrits, dessins, objets. Travaux et jeux.

Examen du liquide céphalo-rachidien.

Examen spécial de l'épileptique.

Examen spécial de l'hystérique.

Examen spécial des enfants arriérés et idiots. Reproduction de la note d'école des enfants arriérés.

Examen spécial du neurasthénique, de l'obsédé.

Examen spécial du simulateur.

Procédés d'examen. Attitude générale du médecin. Considérations générales. — On a vu dans la première partie les symptômes, syndromes et données diverses dont les modes de groupement

(1) J. Séglas, *Leç. clin.*, p. 683. — Morselli, déjà cité. — Fuhrmann, déjà cité. — Raecke, déjà cité. — Th. Ziehen, *Die Prinzipien und Methoden der Intilligenzprüfung*, Berlin, 1908. — J. Rogues de Fursac, *Les écrits et les dessins dans les mal. nerv. et ment.* Paris, 1905. — P. Marie, *La pratique neurologique*, Paris, 1911.

sont différents suivant les Types cliniques étudiés dans la deuxième partie. On a vu aussi, dans la description des uns et des autres, faite en donnant l'observation même des malades, comment on s'y prend pour rechercher ces signes et arriver au diagnostic ; mais c'était implicitement, pour ainsi dire, et sans explications. Il convient maintenant de montrer explicitement comment on doit s'y prendre.

On juge, nous l'avons vu, de l'état spirituel et somatique d'un individu par ses *expressions extérieures* tant *spirituelles* que *somatiques*. Les premières sont *la mimique et les traces mimiques*, *les mouvements et les actes*, *le langage*. Comme on l'a vu aussi au cours de ce livre, les procédés d'examen de ces signes «*éjectifs*» sont *l'inspection*, c'est-à-dire l'observation pure et simple, et ce que j'appellerais la « *provocation* » de la mimique, des mouvements, des actes et du langage par les actes appropriés et les paroles du médecin, celles-ci prenant le tour de la conversation, de l'interrogatoire ou d'ordres donnés suivant les moments et les cas. La *provocation*, qui est une espèce d'expérimentation, s'effectue aussi par l'intermédiaire des parents ou de certains objets que l'on présente au patient. On peut appeler simplement *interrogatoire* tout cet ensemble de procédés pour forcer le patient à mieux manifester extérieurement l'état de son esprit.

Mais il est utile de savoir ce qu'a pu présenter le malade avant l'examen, surtout si c'est le premier examen, de recueillir, par conséquent, les *commémoratifs* et les *renseignements* de l'entourage, tant dans la famille qu'à l'asile.

Il faut examiner les *produits de l'activité* du malade, écrits, objets fabriqués, etc., qui fournissent parfois les seules bases possibles pour établir le diagnostic, quand il s'agit, par exemple, d'un testament, le malade étant mort. Le diagnostic rétrospectif est toujours beaucoup moins sûr.

Enfin viennent les *signes somatiques* qui doivent être recherchés par les moyens ordinaires.

Comment doit-on procéder a l'examen et dans quel ordre?

Il y a quelque différence suivant qu'on se trouve chez le malade, à l'asile, à la consultation publique ou dans son propre cabinet de consultations.

Il ne faut jamais se présenter en ville autrement que comme médecin. Il ne faut pas imiter un de mes maîtres, Legrand du Saulle, qui racontait s'être mis un jour en tenue de chasseur pour

aller examiner un aliéné. Pour ma part, je trouve que déguiser sa qualité ne s'accorde pas avec la dignité du médecin. Cela peut aussi être la source d'ennuis, le malade pouvant se plaindre d'avoir été enfermé sans avoir vu de médecin et intenter un procès en séquestration arbitraire sous ce prétexte plausible. Tout au plus peut-on feindre d'avoir été appelé pour une personne de la famille, mais ensuite il faut dire au malade que lui aussi a besoin de se soigner, qu'on vient d'apprendre qu'il est souffrant ou qu'il en a l'air, qu'il est fatigué ou énervé, etc.; mais sans prononcer le mot de folie, ni faire allusion à un trouble mental quelconque. On fera bien aussi d'éviter le mot de neurasthénie, très employé, trop employé inexactement, si bien que dans les journaux on voit les faits-divers remplis de « neurasthéniques » qui accomplissent des actes de fous. Le mot est maintenant devenu suspect.

Il est utile, avant l'examen proprement dit, d'avoir recueilli les commémoratifs et tous les autres renseignements et étudié les écrits, si on le peut. Il va sans dire qu'à chaque visite on se fait tenir au courant de ce qui s'est passé dans l'intervalle. Ces données recueillies près de l'entourage sont précieuses, mais *très sujettes à caution*, surtout quand il s'agit de l'hérédité: l'ignorance ou la *dissimulation* sont parfois des obstacles invincibles. On doit poser des questions précises et détaillées comme je l'indique plus bas, en ménageant la susceptibilité de la famille, qui n'admet pas facilement que son malade est un fou, à moins qu'elle n'en ait peur : le malade, pour elle, a seulement la tête un peu fatiguée. De même aussi un idiot n'est pas un idiot, mais un enfant un peu en retard, etc. Il sera utile d'être réservé dans les expressions, même à l'asile.

Une *règle excellente* est de ne jamais examiner un aliéné seul à seul avec lui, à cause du danger des réactions violentes possibles, à cause des accusations délirantes ou mensongères qu'il peut porter contre le médecin, surtout si le malade est du sexe féminin, et aussi à cause des interprétations erronées que l'entourage pourrait faire.

En règle générale, il faut commencer l'examen par l'examen psychique (pendant lequel d'ailleurs peuvent se montrer des signes physiques), car dans le cas contraire cela peut indisposer le malade contre le médecin, provoquer de la colère ou un refus de répondre, ou même des actes de violence.

L'*examen psychique* consiste d'abord dans une *inspection* minutieuse et attentive, masquée par les phrases de politesse et de conversation banales que l'on doit toujours adresser au malade. Cette inspection est d'une importance capitale. Elle permet dans beaucoup de cas un diagnostic immédiat (que l'on doit toujours contrôler par la suite). Non moins importante, mais indirectement, est *l'attitude du médecin.* La politesse et la bienveillance envers l'aliéné en ville, cela va de soi, mais il en est de même à l'asile, d'abord parce que c'est convenable, et il devrait sembler inutile de faire cette remarque, si malheureusement l'habitude de considérer le malade d'asile ou d'hôpital comme un « sujet » n'était encore trop répandue ; ensuite cette politesse bienveillante prédispose mieux l'aliéné qui est souvent très susceptible, très ombrageux. Cette attitude doit être prise et conservée même quand on va à la prison examiner un prévenu pour un rapport médico-légal (la politesse envers un criminel ou un apache lui en impose toujours). Si on essuie des rebuffades, des injures de la part de l'aliéné, si celui-ci tente de se livrer à des actes de violence contre le médecin, on doit être impassible, laisser au personnel, quand on est à l'asile, le soin d'empêcher les voies de fait, et continuer l'interrogatoire, à moins que cela ne soit absolument impossible ou que l'indication ne se présente de remettre cet interrogatoire à un autre moment. Somme toute, le médecin est le médecin, c'est-à-dire un homme dont la profession implique une certaine élévation de caractère et d'intelligence, il est de son devoir, et même de son intérêt, de ne pas l'oublier.

Ce *début d'interrogatoire*, qui doit, comme tout le reste, être fait sur le ton de la conversation la plus naturelle et en entrant pour ainsi dire dans la peau du malade, peut dériver rapidement vers l'*interrogatoire* proprement dit. A l'asile, on peut procéder toujours à peu près de même avec les mêmes questions (je parle des toutes premières), posées dans un même ordre, jusqu'au moment où les réponses révèlent une direction d'idées qu'il faut suivre, et là encore il faut savoir comment il faut la suivre et ce qu'il faut demander. Le débutant, sans s'astreindre à un plan rigoureux, car il doit se rappeler qu'un interrogatoire doit être souple et ne pas avoir la rigidité d'un questionnaire invariable, le débutant, dis-je, doit l'avoir présent à l'esprit afin de ne rien oublier. Aussi doit-on se rappeler exactement demandes et réponses, dont la reproduction doit faire partie intégrante de l'ob-

servation, car c'est la seule façon de lui donner une valeur. Mais il n'est pas toujours possible de suivre, même de loin, un plan, surtout en ville. Alors on fait comme on peut et tout en se rappelant tous les signes à rechercher, on les recherche dans l'ordre que l'on peut. Ainsi, si à l'asile il est permis, tout au début le plus ordinairement, et sans inconvénient, de demander les noms, prénoms, âge, lieu de naissance, de rechercher la reconnaissance du temps, du lieu, de l'entourage, etc., en ville ces questions seront amenées naturellement par la conversation tantôt au début, tantôt à la fin ou dans le courant. Et puis, au fond, chaque question avec chaque réponse donne des renseignements sur plus d'un symptôme à la fois et supplée à d'autres dans une certaine mesure.

Une autre règle importante est de ne pas accabler le malade de questions ; il faut le *laisser parler* et *savoir écouter* aussi bien que *regarder*. Parfois il faut ramener le patient à la question posée, ou la lui répéter plusieurs fois, etc. Tout dépend de la forme du trouble mental et de l'humeur du malade.

Éviter de suggestionner involontairement le malade, surtout s'il s'agit d'un hystérique.

Chemin faisant, le médecin continue à regarder attentivement et à noter soigneusement toutes les modifications que l'interrogatoire ou les diverses « provocations » qu'il effectue ou fait effectuer apportent à la mimique, aux mouvements, aux gestes, aux actes, etc.

Il termine l'examen par l'étude des *signes somatiques* (dont il a déjà pu constater quelques-uns auparavant) et enfin par les *produits de l'activité* du malade, surtout les *écrits*, s'il ne l'a pas fait préalablement. Quand on peut l'obtenir, il est précieux d'avoir la *narration écrite* des événements vrais ou délirants auxquels a assisté le malade. Dans le cas de « folie avec conscience », cela peut avoir la valeur d'une auto-observation. De même, la guérison obtenue, il est fort instructif, dans les cas qui le comportent, d'avoir l'auto-observation rétrospective.

J'ai supposé jusqu'ici que l'aliéné répondait. Il peut se faire qu'il présente du *mutisme*. Le médecin aura alors à lui poser néanmoins les questions et à faire les provocations que lui suggérera l'aspect qui peut être très révélateur. L'aliéné finira ou non par répondre, permettant ou ne permettant pas une exploration complète de son esprit, mais ce que l'on aura pu obtenir sera souvent suffisant pour porter un diagnostic.

L'examen du malade comporte une ou plusieurs séances, suivant le cas et le but que l'on se propose, traitement, ou consultation, ou rapport médico-légal, ou si l'on est chargé du malade comme médecin habituel. En tout cas *on ne devra jamais se prononcer à la légère* et on fera bien *d'attendre*, avant de porter un diagnostic ferme, d'être sûr de son fait. Si l'on est forcé de le donner immédiatement, on n'oubliera pas d'être prudent et de faire les réserves nécessaires.

Manière de prendre une observation. — Une observation peut être plus ou moins complète et détaillée, cela dépend de beaucoup de circonstances et du but que l'on se propose. Mais, autant que possible, elle doit reproduire la physionomie même de l'interrogatoire (ou des interrogatoires) avec les *demandes et les réponses textuelles* (1) *et un tableau (ou plusieurs) de l'aspect extérieur du patient.* Ce sont ces données certaines seules qui peuvent donner de la valeur à l'observation et qui permettent de l'utiliser sur des points que l'on n'avait pas prévus; je ne saurais trop insister là-dessus. Aussi serait-il bon de *sténographier* les paroles du malade et celles du médecin.

Une dernière remarque. — Il est souvent imprudent d'écrire directement devant le malade. Il vaut mieux s'abstenir à un premier examen, si on ne sait pas à qui on a affaire. Un bon procédé consiste à faire prendre les notes par un aide placé derrière le malade. En clientèle on doit rédiger une note avec le plus de détails possibles, aussitôt l'entretien fini. C'est une question de mémoire pour le médecin, mais qui aurait tort de se fier trop à elle. L'expérience prouve combien il est difficile de se rappeler les paroles textuelles de l'aliéné.

Formes sous lesquelles on doit poser les questions. — Ces questions sont et doivent être variables suivant les cas; mais comme il est bon d'avoir en tête un plan général, afin de ne rien oublier, je vais en donner un très complet qui servira en même temps de *schéma général d'observation et de questionnaire.* J'y ajouterai des schémas accessoires pour les écrits (fort importants); pour les épileptiques, les enfants, enfin j'indiquerai la conduite générale à tenir vis-à-vis d'un simulateur, etc.

Règle importante. — L'interrogatoire et les provocations doivent toujours être faits comme si le médecin admettait comme absolu-

(1) Cette façon de prendre les observations est classique. Leuret en a donné des exemples célèbres.

ment normales et naturelles les idées délirantes, les hallucinations, etc. Il doit avoir l'air de croire tout ce qu'on lui raconte et partager les convictions du malade. Il n'y a d'exceptions à cette règle que dans quelques circonstances : quand le médecin veut s'assurer du degré de reconnaissance de l'affection par le malade lui-même ; quand il veut faire du traitement moral au déclin de l'affection ; enfin, s'il s'agit d'obsessions ou de scrupules.

On n'aura pas la naïveté de demander au malade : Avez-vous des hallucinations ? Est-ce que vous croyez entendre des voix ? — Mais on dira par exemple : Est-ce que des personnages ne vous troublent pas par leurs propos ? Est-ce que les gens dans la rue ne vous disent pas des injures en passant ? Est-ce que la nuit il ne se passe pas quelque chose d'extraordinaire ? Est-ce que vos ennemis ne cherchent pas à vous nuire par des procédés mystérieux ? etc., etc. L'exercice apprendra bien vite les questions à choisir et à poser. Dans un grand nombre de cas, le médecin peut faire preuve de la plus grande indiscrétion (une fois la confiance établie) et demander de sang-froid des choses qui paraissent énormes au premier abord, pour peu qu'il y ait un indice qu'il tombera juste (les renseignements préalables sont fort utiles). Mais on ne peut se permettre cela que lorsqu'on a de l'expérience.

Le médecin *s'abstiendra* absolument d'apartés et de réflexions même faites à voix basse, fût-ce devant un aliéné en stupeur (qui peut tout remarquer).

Une autre règle : *saisir la balle au bond.* Profiter de tout ce que dit l'aliéné et ne rien laisser passer sans s'en servir pour un éclaircissement : mot ambigu, réponse évasive, allusion, mimique, geste, etc. Je m'explique par un exemple : dans un concours, un des candidats avait une persécutée à examiner. A un moment donné (mal choisi, et d'ailleurs la recherche était assez inutile), il veut lui faire relever ses jupes pour percuter les tendons rotuliens. La malade refuse en disant (ou à peu près) : « que ses jambes étaient tuées ». Le candidat, peu habitué aux aliénés, ne fait pas attention à cette réponse, ne profite pas de cette expression spéciale révélatrice, pourtant bien typique, et oublie complètement les troubles de la sensibilité générale. D'où mauvais examen et mauvaise leçon. Il aurait dû immédiatement poser la question : Comment vous tue-t-on les jambes ? Par quels procédés vos ennemis vous tuent-ils les jambes ? (etc.)

Chez certains persécutés très réticents et très méfiants, les premières questions ne donnent quelquefois pas de résultat. Il faut *être patient*, renoncer, et remettre à un autre examen pour poser un diagnostic certain, bien que le plus souvent le diagnostic de *réticence* puisse être porté, ce qui est déjà un jalon important. Et puis, savoir extraire rapidement les vers du nez de l'aliéné, comme on dit vulgairement, n'est pas donné à tout le monde ! Tel réussit du premier coup, tel autre s'y reprend. Heureusement que les aliénés sont si « sots » ordinairement, qu'ils ne savent pas jouer serré. Mais toutcela est pour dire, j'y insiste, que l'interrogatoire ne doit pas être mécanique, *ne doit pas être un questionnaire* rigide et invariable, que le premier venu peut remplir avec succès. Ce n'est pas un moulin à prières efficace, même tourné par une force aveugle. Il y faut de l'intelligence de la part du médecin, jusqu'au jour où un sérodiagnostic quelconque nous révélera les idées de derrière la tête de notre patient : encore n'est-il pas bien sûr que le médecin ne sera pas tenu d'y apporter quelque perspicacité !

PLAN DE L OBSERVATION (1).

Nom.
Prénoms.
Profession.
Date de naissance.
Date d'entrée.
Diagnostic.

A. — Commémoratifs (2).

1° Antécédents héréditaires. — (Examiner, si on le peut, les parents.)

Demander l'âge du père et de la mère.

Leur âge à la naissance de l'enfant.

Y a-t-il rapport de parenté entre les deux et lequel?

Répéter les mêmes questions ainsi que les suivantes pour le père et la mère, les grands-parents, oncles et tantes, frères et sœurs, neveux et nièces, cousins, bref pour tous les membres de la famille sur lesquels on peut être renseigné :

Questions sur :
L'intelligence.
L'instruction.
Le caractère.
La profession.
Le pays d'origine.
L'ivrognerie.
L'alcoolisme (le caféisme, etc.).
Les troubles mentaux. L'entrée dans un asile.
Les bizarreries, suicide, obsessions, criminalité, emprisonnement, etc.

(1) Il serait souhaitable que l'on pût prendre toutes les observations complètes. Dans les asiles on en aura rarement la possibilité.

Je suppose cette observation prise à l'asile; on modifiera les indications dans les autres cas, au besoin. — Quant à la rédaction définitive, on lui donnera la forme jugée la meilleure pour le but que l'on se propose. On a vu dans le courant du livre de nombreuses observations, tantôt rédigées dans un but spécial, tantôt données à peu près *in extenso*, auxquelles on pourra se reporter à l'occasion comme exemples.

(2) On aura rarement ces renseignements au complet et on devra toujours se méfier de ceux fournis.

L'épilepsie, les migraines, etc., maladies nerveuses et autres, surtout syphilis, tuberculose, diabète, artério-sclérose, apoplexie, ramollissement cérébral.

A quel âge et par quelle cause la mort est-elle survenue?

2° Conception.

État des parents au moment de la conception (maladies, ivresse, surmenage, etc.).

3° État de la mère pendant la grossesse.

Maladies.
Traumatismes.
Albumine, œdème, éclampsie.
Fatigues.
Privations.
Chagrins, ennui d'être enceinte.
Renseignements comparatifs sur les autres grossesses.

4° Accouchement.

A terme.
Prématuré. A quel mois? la cause?
Présentation.
Accouchement naturel.
Forceps, version.
Durée.
Quantité des eaux.
Renseignements comparatifs sur les autres accouchements.

5° État à la naissance.

Normal.
Poids.
Cri immédiat.
Asphyxie bleue (1).
— blanche.
Bosse sanguine.
Lésions cutanées (bouche, fesses, anus, mains, pieds), etc.

6° Enfance.

A quel âge s'est-on aperçu de quelque chose d'anormal (2)?

(1) On ne saurait trop insister sur l'importance de cet accident dans l'étiologie de l'épilepsie et de certaines idioties.

(2) Chez les arriérés, obsédés, épileptiques, criminels, persécutés, les premiers symptômes peuvent remonter très loin, surtout chez les premiers, comme on le sait.

Nourriture du premier âge, mode (sein, biberon), lieu.
Santé de la nourrice (alcoolisme, etc.).
Privations en bas âge.
Consommation de vin, d'alcool, etc., dans le premier âge et dans l'enfance.
Fermeture des fontanelles.
Date de la première dent, évolution de la dentition.
Miction et défécation nocturnes, diurnes. Comment?
Marche (date, comment?).
Parole (date, comment?).
Cauchemars et terreurs nocturnes.
Intoxications.
Accidents.
Frayeurs.
Convulsions (quand, comment, pourquoi) (1).
Accès d'épilepsie.
Faux-croup.
Paralysies.
Syphilis.
Rougeurs, boutons, gourme.
Diarrhée du premier âge (amaigrissement?).
Maladies infectieuses (y a-t-il eu du délire à cette occasion ou des convulsions?).
Suites de ces maladies (affaiblissement intellectuel, physique, etc.).

7° Renseignements sur l'esprit du malade.

a) Intelligence :
Détails sur elle. Aptitudes diverses.
Ecolage (âge, lieu).
Application au travail.
Certificat d'études primaires.
Études secondaires, supérieures.
Service militaire (âge, arme, grades, certificats).
Apprentissage (âge, conduite).
Profession, habileté professionnelle.
Situation de fortune.
Situation sociale.

(1) Signe très important, très fréquent dans les antécédents des épileptiques arriérés, etc.

Troubles intellectuels
Bizarreries.
« Manies ».
Excitation.
Inventions, etc.
Y a-t-il eu déjà un trouble analogue à l'actuel (date, durée, etc.)?

b) Caractère, sentiments et émotions.

Gai, triste, sociable, renfermé, violent, cruel, coléreux, turbulent, apathique, instable, dissimulé, soupçonneux, jaloux, avare, émotif, difficile, etc.

Sentiments envers la famille (ascendants, frères et sœurs, conjoint, enfants).

Sentiments envers ses camarades et amis.

Comment le malade est-il jugé par sa famille et ses amis ou camarades, etc ?

Tendances vicieuses.
Amour du jeu, des paris, etc.
Paresse.
Découragement. Tendances au suicide.
Impulsions.
Vagabondage.
Vol, crime.
Brutalité envers les personnes, les animaux.
Mensonge (sans but ou avec but).
Ressemblance spirituelle et physique : à quels parents ?

8° Fonctions de reproduction et descendance.

Appétit sexuel.
Puberté.
Règles. — Ménopause.
Perversions sexuelles, onanisme.
Mariage.
Descendance du malade.
Fausses couches de la femme (dates, causes).
Nombre, âge, sexe des enfants, leur état physique et moral.

9° Antécédents immédiats.

A quelle cause attribue-t-on la maladie : alcool, chagrin, surmenage, excès, infection, syphilis, traumatisme physique ou moral, séjour aux colonies, grossesse, ménopause, etc. ?

Quand l'affection a-t-elle débuté (brusquement, lentement, etc.)?
Changements dans l'intelligence.
Erreurs de mémoire, erreurs dans le travail.
Idées délirantes.
Hallucinations.
Rêves.
Changement dans les habitudes, le caractère.
Gaîté ou tristesse anormales.
Bavardage ou mutisme.
Excès de boissons, excès sexuels.
Violences, colères.
Tentatives de suicide.
Fugues.
Le malade s'est-il perdu dans les lieux qu'il connaît?
Attentats à la pudeur.
Vols.
Attaques convulsives, apoplectiques, paralytiques.
Chutes, traumatismes.
Troubles de la parole.
Signes de maladies somatiques.
Appétit.
Sommeil : insomnie.
Quel traitement a-t-il été suivi?

B. — Examen.

1° — Examen préliminaire : Inspection *(regarder, écouter, sentir).*

Généralement cet examen se fait à l'asile dans le cabinet du médecin. Si le malade ne peut marcher, il est fait au lit ; il y a donc deux cas; mais, dans les deux, le premier acte du médecin est l'examen à distance, l'inspection, qui doit porter sur les éléments suivants, quel que soit le lieu de l'examen, domicile du malade en ville ou chez le médecin.

A. — Le malade est levé (1) :

Attitude.

Démarche et gestes.

(1) Le médecin d'asile se fait donner par l'interne, et surtout par le surveillant qui est le pivot du service, tous les renseignements possibles sur le malade depuis son entrée, qui généralement précède de vingt-quatre heures environ ce premier examen. Ces renseignements portent principalement sur les points sur lesquels j'insiste plus bas. La durée de l'examen dépend du but que l'on se propose, du genre d'affection et aussi de la fatigue ou de l'impatience du malade.

État de la chevelure.

État de l'habillement.

Aspect du corps à première vue.	Signes anthropologiques. Mimique. Traces mimiques. — pathologiques.

Expressions de politesse et premières paroles.

Comment le malade s'assoit.

Quelle odeur il répand (gâtisme, incontinence d'urine, etc.).

B. — Le malade est couché :

Aspect du lit.

Posture, gestes.

Chevelure.

Chemise.

Odeur.

Aspect du corps à première vue.	Mimique. Traces mimiques. Signes anthropologiques. — pathologiques.

Expressions de politesse et premières paroles.

Changements de posture ou gestes amenés par la présence du médecin.

Cette inspection nous renseigne immédiatement, mais approximativement, sur les idées délirantes probables, sur les hallucinations actuelles, sur la stupeur ou la confusion, même sur la démence, sur l'état d'excitation, d'agitation, ou de dépression, sur le degré d'intelligence, enfin, chose des plus importantes, sur l'ÉTAT PRÉSENT DES ÉMOTIONS et aussi sur leur état habituel (traces mimiques) et sur l'état physique.

2° — Interrogatoire.

Trois cas peuvent maintenant se présenter.

A. — Le malade reste muet (plus ou moins complètement).

B. — Le malade parle spontanément.

C. — Le malade répond aux questions.

A. — Le malade reste muet (1).

Il est préférable de ne pas essayer de poser les questions, comme je l'indique plus bas à C., mais il faut profiter de *l'aspect*, des indications fournies par l'ins-

(1) Voyez le tableau du mutisme (p. 230). Ne pas oublier le mutisme du simulateur.

pection et qui éveillent les soupçons de telle ou telle affection, pour poser des questions *in medias res* et faire les « provocations » utiles.

Stupeur ou Confusion? — Insister sur les questions banales (nom, âge, etc.); si on soupçonne la mélancolie (mimique), demander si le malade est triste, pourquoi; s'il a quelque chose à se reprocher, s'il est malade, ruiné, s'il craint l'avenir, un châtiment, etc., etc. Si on soupçonne la démence précoce, rechercher le négativisme, l'opposition, en cherchant à faire effectuer des actes, c'est-à-dire en insistant sur la provocation (se lever, s'asseoir, donner la main, prendre tel objet, etc.), etc.

Aphasie de Broca? — Essayer l'examen de l'aphasique.

Aphasie hystérique? — Faire écrire, etc.

Hallucinations? — Demander : que voyez-vous ? qu'entendez-vous? Ce sont vos ennemis qui vous parlent, qui vous lancent des fluides, etc. ?

Idées délirantes? Réticence? — Est-ce qu'on vous défend de parler? Est-ce que vous avez peur de répondre? Qu'est-ce qui vous empêche de répondre? Est-ce que vous êtes indigne de parler? etc.

Il arrive parfois que le malade, réticent, débute par une phrase : « *Je ne vous répondrai pas;* » ou « *C'est inutile de m'interroger, je ne vous dirai rien;* » ou « *Vous le savez mieux que moi* », pleine de sens pour l'aliéniste, mais indiquant ordinairement qu'il est inutile d'insister.

B. — Le malade parle spontanément.

Il faut l'écouter et noter ou faire noter (sténographiquement si possible) textuellement ce qu'il dit. Suivant les cas il faut :

1° Ne pas interrompre, écouter et regarder;

2° Guider discrètement le discours de l'aliéné;

3° Au bout d'un certain temps entamer l'interrogatoire, en profitant des amorces fournies par l'aliéné, en excitant l'attention, etc.

C. — Le malade répond aux questions (1).

Questions préliminaires :

Bonjour, monsieur (ou madame, ou mademoiselle, ou mon enfant, etc.).

Veuillez vous asseoir.

Comment vous appelez-vous? nom, prénoms ?

Quel métier faites-vous ?

Où demeurez-vous ? rue, numéro, arrondissement, ville, département ?

Quel âge avez-vous?

En quelle année, etc. (date exacte) êtes-vous né?

Savez-vous quelle date nous sommes aujourd'hui (année, mois, quantième, jour)?

Quand est-ce que vous êtes entré ici ?

Comment êtes-vous venu?

Quel est l'établissement où nous sommes ?

Quelles sont les personnes qui se trouvent avec vous (dans votre salle, dans la cour) ?

Que suis-je ici ?

Que sont ces messieurs et ces dames (internes, surveillants, surveillantes) ?

Trouvez-vous votre présence ici justifiée?

Ces questions constituent d'abord un interrogatoire d'identité indispensable, et semblent naturelles au malade d'asile. On ne doit donc jamais les omettre (sauf en ville où on ne posera que celles qui paraîtront appropriées et à l'instant que l'on jugera le plus propre), même s'il est indiqué de les poser à un autre moment, bien qu'au début elles forment une introduction facilement acceptée et donnant déjà des renseignements précieux sur l'état de la mémoire, de l'attention, sur l'orientation dans le temps et le monde extérieur et même sur le jugement et les idées délirantes (faux nom, âge spécial, ou pas d'âge, etc.). Si on constate des réponses qui dénotent de la confusion ou de la démence on fera bien de poser des questions plus précises, comme celles indiquées plus bas à propos de l'état intellectuel, avant de passer aux idées délirantes, sinon on recherchera celles-ci, quitte à revenir ensuite à la fin sur l'état de l'intelligence. Les deux dernières questions donnent une transition naturelle pour rechercher les idées délirantes les plus fréquentes, celles de persécution.

(1) Ce peut être plus ou moins vite, plus ou moins de bonne volonté, après une période de mutisme, etc., ou par moments; l'interrogatoire peut être coupé de monologues, d'accès de mutisme, etc. Je ne puis indiquer tous les cas ni toutes les péripéties possibles.

1° *Recherche des idées délirantes (hallucinations et illusions comprises).*

Il faut toujours chercher la précision et le détail; on insistera en posant des questions nettes dans le sens du délire. Cela est surtout important dans les folies systématisées, où souvent le roman pathologique acquiert un grand développement. On recherchera, bien entendu, ces idées suivant les indices de leur présence, **suivant la mimique** du malade, triste ou joyeux, inquiet ou satisfait, etc; on posera immédiatement les questions appropriées qui mènent aux *idées délirantes en rapport avec l'émotion :* Pourquoi êtes-vous triste, joyeux, inquiet, satisfait, etc? — C'est justement dans le choix libre de ces questions que gît tout l'art de l'interrogatoire. — Si la mimique est normale, on peut toujours commencer par la persécution.

a) Idées de persécution.

Généralement le persécuté « frais », qui n'a pas été déjà trop interrogé n'est pas encore réticent. Il récrimine facilement et on obtient en général avec un peu d'adresse qu'il se livre, d'autant plus qu'il considère son internement comme une séquestration arbitraire, un tour de ses ennemis contre lequel il protestera hautement avec des phrases typiques; parfois, mais surtout si le malade a déjà été l'objet de nombreux examens ou expertises, il se méfie, ne répond rien de net, bref est réticent (voir p. 689), ce qui n'empêchera pas le plus souvent le médecin de porter le diagnostic, mais sans avoir de connaissances suffisantes sur le délire. On fera donc bien de causer de la pluie et du beau temps pendant longtemps, de faire parler le malade de choses banales. Comme il s'excite souvent en parlant, le persécuté finira à un moment ou à l'autre (quelquefois après une séance de deux heures, *quelquefois après plusieurs séances seulement*) par se livrer. Une fois qu'il a commencé, il vaut mieux tâcher d'obtenir tout le délire, quitte à passer une heure de plus : c'est plus fatigant pour le médecin que pour le malade. Un bon procédé à recommander, c'est l'indifférence apparente du médecin qui fuit toute conversation avec le persécuté (si le temps dont il dispose pour l'examen le lui permet), jusqu'à ce que le persécuté réclame ou écrive des lettres révélatrices ou demande à lui parler. J'ai employé plusieurs fois ce procédé avec succès. Un autre moins bon, qui a ses dangers et que je ne recommande pas, consiste à taquiner le persécuté de façon à le faire mettre en colère et à lui faire « sortir son délire ». Si on ne constate pas de mimique révélant une hallucination, ce qui amène tout naturellement les questions : « Que vous a-t-on dit ? qui vous a parlé ? », on n'a qu'à suivre dans le sens des deux dernières questions préliminaires et poser, *par exemple*, les questions suivantes que j'indique uniquement pour fixer les idées:

Alors vous avez des ennemis qui vous ont joué un tour ?

(Ou bien) : Est-ce que vous soupçonnez quelqu'un de vous avoir fait enfermer ?

Est-ce que depuis longtemps vous aviez remarqué quelque chose

de particulier dans l'attitude des personnes dans la rue (ou de telles ou telles personnes)?

Est-ce (donc) qu'il y a des gens qui vous en veulent?

Est-ce qu'on (ou telle ou telle personne) vous a dit des injures?

Est-ce qu'on a essayé de vous nuire en vous électrisant la nuit, en vous lançant des courants avec des appareils spéciaux?

Est-ce qu'on a essayé de vous empoisonner?

Est-ce qu'on a essayé de vous lancer de mauvaises odeurs, etc.?

(Ou bien): La nuit vous voyez des choses effrayantes, du feu, des assassins, des bêtes, rats, serpents, etc.?

On vous poursuit la nuit, le jour?

On a voulu vous assassiner, etc.?

En un mot on cherche à faire avouer quelles persécutions le malade subit et qui les fait subir; quand cela est amorcé, il faut faire un examen complet et poser des questions précises, auxquelles, suivant la forme du trouble et son niveau mental, le malade répond ou ne répond pas. Un bon guide pour poser les questions est à peu près la formule scolastique : *quoi, où (dans quel endroit du corps), quand, depuis quand, dans quel lieu (monde extérieur), d'où, avec quel résultat, qui, comment, par quels procédés, pourquoi.*

1° *Persécutions auditives :*

Qu'est-ce qu'on (ou il, ou ils, ou elles) vous dit?

Qu'est-ce que vous entendez?

Des coups de fusil, de revolver, etc.? Des bruits, des cris, des injures, des menaces, etc.?

Lesquels ou lesquelles?

Quand (la nuit, le jour)?

Depuis quand?

Où (dans la rue, chez vous, ici, etc.)?

Sont-ce des dialogues, des conversations entre « eux »?

Sont-ce des voix d'hommes ou de femmes?

A voix haute, basse?

Loin, près?

D'où partent ces voix?

Comment arrivent-elles jusqu'à vous?

Répétent-elles ce que vous pensez (Echo de la pensée.)?

Est-ce qu'on vous prend votre pensée (Prise de la pensée)? etc.

2° *Persécutions somatiques:* (je mets à part les génitales.)

(Même nature de questions.)

Qu'est-ce qu'on vous fait?

On vous lance des décharges électriques, des étincelles? On vous travaille les organes (le cerveau, la moelle, le cœur, le sang, etc.)?

A quels endroits du corps au juste?

Où? (dans la rue, chez vous, ici, etc.)?

D'où?

Comment?

Qu'est-ce que ça produit (destruction des organes, de la peau, etc.)?

3° *Persécutions génitales* :

On vous excite la nuit? etc.

(Même ordre de questions.)

Rechercher les hallucinations visuelles spéciales.

4° *Empoisonnement* :

On a mis quelque chose dans vos aliments? etc.

5° *Mauvaises odeurs* :

On vous lance de mauvaises odeurs? etc.

6° *Persécutions visuelles* :

Voyez-vous des choses effrayantes? etc.

Voyez-vous des choses érotiques, des femmes nues, etc.?

Les animaux que vous voyez se précipitent sur vous, deviennent énormes? etc., etc.

Sont-ce toujours les mêmes choses que vous voyez? etc.

Les hommes dans la rue vous menacent? Ils brandissent des couteaux? etc.

7° *Les persécuteurs.*

Qui fait tout cela?

Grande importance (pour le *danger* présenté par le persécuté) de faire préciser et nommer « qui », s'il y a lieu : sociétés, plusieurs personnes, une personne, etc.

Pourquoi vous fait-on tout cela?

Rechercher le système délirant, s'il existe, dans tous ses détails depuis son début, dans son évolution.

b) *Idées de défense.*

En rapports étroits avec les idées de persécution.

Est-ce que personne ne prend votre défense? n'intervient pas contre vos ennemis? en faisant quoi, où, quand, etc.?

c) Idées de grandeur.

Si la recherche des idées de persécution a donné des résultats et que l'on ait affaire à un fou systématique, on fera bien de rechercher les idées de grandeur qui forment souvent système avec celles de persécution :

Est-ce que vous n'êtes pas ce que vous paraissez être ?

Est-ce que vous seriez appelé à de hautes destinées (et c'est pour cela que vous avez des ennemis) ? Etes-vous chargé d'une mission ?

Est-ce que vous avez bien connu votre père ?

Il n'y aurait pas un mystère dans votre naissance ou dans votre éducation ?

Est-ce que votre nom est bien réellement le vôtre ?

Vous n'auriez pas un protecteur illustre ?

Etc., etc.

Faire développer le roman dans tous ses détails (surtout rétrospectifs).

Sinon, on recherchera les idées de grandeur suivant les indices : richesse, capacités, talents, dons spéciaux, hautes situations, etc.

d) Idées d'auto-accusation, de déchéance, de ruine, etc.

Ne pas oublier qu'elles se rencontrent *en dehors de la mélancolie.*

Est-ce que vous avez quelque chose à vous reprocher ?
Avez-vous commis une faute ?
Quelle ? (faire détailler).
Où, quand, comment ?
Pourquoi ?
Que va-t-il vous arriver ?
Craignez-vous un châtiment ?
Lequel ?
Où, quand, comment, etc. ?
Êtes-vous déshonoré, indigne, ruiné, perdu ?
Avez-vous causé la ruine des vôtres ? etc., etc.

On est souvent obligé de déployer beaucoup de patience chez les mélancoliques pour obtenir une réponse.

e) Idées hypocondriaques :

Êtes-vous bien portant ?

Votre estomac, intestin, cœur, etc. fonctionne-t-il bien ? Votre intestin n'est pas bouché ?

Votre sang circule-t-il?
Votre cerveau n'est pas vidé? etc., etc.
Avez-vous des maladies spéciales, extraordinaires?

Une idée voisine est celle de *grossesse,* même chez les hommes (c'est rare, je l'ai vu une fois. Voir p. 164).

f) Idées de transformation :

On passe par transition insensible des idées hypocondriaques aux idées de transformation et de négation.

Vous n'avez pas quelque chose d'extraordinaire à la place du cœur, des reins, etc.?

g) Idées de négation :

Est-ce que vous avez encore un estomac, un intestin?
Est-ce que vous vous sentez exister?
Est-ce que vous existez?
Est-ce que vous êtes mort?
Est-ce que moi j'existe, cet objet existe-t-il?
Le monde existe-t-il? etc.

Faire attention à la façon dont le malade se désigne; au lieu de je : il, elle, etc.

h) Idées de possession :

Ces idées sont à la fois voisines des idées de persécution avec prise de la pensée, des idées hypocondriaques avec transformation corporelle, des idées mystiques; on devra les rechercher surtout dans la mélancolie chronique et chez les mystiques proprement dits.

i) Idées d'énormité :

A rechercher surtout chez les mélancoliques négateurs.

j) Idées mystiques.

Rechercher les hallucinations visuelles avec leurs caractères spéciaux.

Avez-vous vu Dieu, J.-C., le diable, la Vierge, tel ou tel saint, etc.?
Où, quand, comment?
Vous a-t-il (elle) dit quelque chose (rare)?
Avez-vous entendu une voix céleste?

Où, quand, comment? Que vous a-t-elle dit? etc.

Vous a-t-il montré ses ordres, ou vous les a-t-il fait comprendre?

Quels ordres?

Avez-vous eu d'autres *inspirations*?

Où, quand, comment?

Avez-vous eu des extases?

Êtes-vous en relation avec le *diable*?

Vous a-t-il possédé? Êtes-vous possédée (voir plus haut) (surtout les femmes)?

Qu'est-ce que vous fait le diable? (détailler).

Êtes-vous chargé d'une mission? (faire détailler).

Êtes-vous damné?

Pourquoi? etc., etc.

k) Idées érotiques :

Les rechercher surtout chez les persécutés, en relation avec les hallucinations de la sphère génitale, chez les mystiques, chez les déséquilibrés (perversions, inversions), chez les femmes mûres, etc.

l) Idées de jalousie :

En rapport étroit avec les idées de persécution et les idées érotiques; surtout chez les alcooliques chroniques et les déséquilibrés.

m) Perversions de l'imagination :

Les rechercher surtout en relation avec les idées de grandeur, avec lesquelles elles sont souvent liées : inventions, systèmes philosophiques, sociaux, religieux, etc. On notera particulièrement celles portant sur le langage, et particulièrement les *mots fabriqués* ou détournés de leur sens.

2° État de l'intelligence. Instruction. Son niveau.

L'inspection et l'interrogatoire nous ont déjà fourni des données, car tout signe éjectif est au fond multiple, traduisant au dehors en bloc l'esprit qui est à la fois intelligence, émotion et impulsion. C'est pour cela qu'il est impossible de donner un plan d'interrogatoire invariable, d'indiquer un procédé pour chaque symptôme à rechercher, et de donner à propos de chaque question tous les signes qu'elle permet de faire apparaître.

Il va sans dire que dans certains cas (persécutés par exemple) il sera préférable d'obtenir des renseignements indirects ou de se contenter de ceux obtenus en chemin, à cause de la susceptibilité des malades.

Cette recherche de l'état de l'intelligence est surtout nécessaire quand on ne fait que soupçonner la démence et qu'un examen à ce point de vue est

indispensable, par exemple si l'interdiction est demandée, ou encore pour savoir de quel genre de démence le patient est atteint.

La première recherche doit porter sur la mémoire et l'attention, ce qui donne chemin faisant d'autres renseignements.

Mémoire des choses anciennes :

Conservation des connaissances scolaires, que je suppose seulement primaires; dans le cas d'instruction secondaire et supérieure, on posera des questions par analogie et courantes sur les sujets que l'on apprend en lisant le journal et en vivant la vie de tous les jours. On devra tenir *grand compte* des occupations et de l'âge du malade et ne pas demander à un manœuvre, à un paysan qui ne lit jamais, ou à peine, le journal ou qui n'écrit jamais, d'avoir les mêmes connaissances scolaires ou générales et la même capacité de répondre à des questions sur elles, qu'un employé de bureau ou un citadin débrouillard et au courant.

Lecture à *haute voix* d'un fait-divers approprié.

Le faire commenter.

Lecture à *voix basse* d'un autre fait-divers. Chercher, le texte enlevé, ce qui en reste dans la mémoire du malade.

Noms des mois et des jours.

Saisons. Points cardinaux.

Villes de France principales.

Fleuves principaux.

Les présidents de la République.

Guerre de 1870-71.

Napoléon Ier.

1789.

Jeanne d'Arc.

La Marseillaise.

Suite des jours de la semaine, des mois, à *rebours* (Ceci donne souvent des indications très précises sur l'état de l'attention).

Alphabet à rebours (très difficile).

Suite des nombres — Suite des nombres à l'envers.

Calcul de tête.

Table de multiplication, additions, soustractions, divisions (1).

J'ai 27 oranges, j'en donne le tiers, qu'est-ce qui me reste?

1 × 3	2 + 2	3 — 1	2 : 1
2 × 4	3 + 4	8 — 3	8 : 2
3 × 5	5 + 6	13 — 5	18 : 3
4 × 6	5 + 8	18 — 7	32 : 4

(1) 5 ou 6 de ces exercices pour chaque opération suffisent largement.

5 × 7	8 + 14	29 — 10	50 : 5
6 × 8	11 + 20	48 — 13	18 : 6
7 × 9	14 + 26	51 — 16	35 : 7
8 × 10	17 + 32	62 — 19	56 : 8
9 × 11	20 + 38	73 — 22	81 : 9
10 × 12	23 + 44	84 — 25	110 : 10

Petits problèmes : X — 3 = 14
X × 5 = 11
X + 7 = 53
X : 9 = 5

Vous gagnez 3 fr.75 par jour; combien ça fait-il par semaine. par mois?

Combien y a-t-il de jours du 16 avril au 23 mai?

Un problème très simple, qui découle des questions préliminaires, est d'une difficulté insurmontable pour certains malades. Après leur avoir demandé leur âge, s'ils ne s'en souviennent pas, mais qu'ils sachent leur date de naissance et la date actuelle (on est obligé souvent de leur dire celle-ci), on leur pose la question : Vous savez la date de votre naissance, la date d'aujourd'hui, calculez votre âge? Bien souvent ils ne savent pas même l'opération à effectuer : c'est le signe d'une profonde déchéance *ou* d'un développement très insuffisant *ou* d'une instruction nulle.

Vous achetez un chapeau qui coûte 5 fr. 35; vous donnez au marchand une pièce de 10 francs. Que doit-il vous rendre?

Quelques questions sur le *système métrique*, *la monnaie*, *les timbres-poste* (quelles couleurs et quels prix).

Faire faire *par écrit* une addition, une soustraction, une multiplication, une division, ainsi que les problèmes précédents, s'il y a lieu.

Faire écrire le malade :

Écriture spontanée : Écrivez-nous quelque chose, ce que vous voudrez.

Écriture demandée : noms, lieu de naissance, âge, date de naissance, profession.

Rédiger une lettre à la famille ou aux autorités, suivant le cas, etc.

Dictée (d'un fait-divers par exemple).

Enfin faire *copier* un autre fait-divers (ou un manuscrit suivant le cas.)

Voir plus loin l'examen complet et spécial des écrits (p. 883).

Faire *dessiner* de mémoire un objet quelconque, professionnel, la carte de France, etc. *Copier* une image géométrique, rectangle, triangle, quadrilatère irrégulier. Reproduire de mémoire un quadrilatère irrégulier (*Voir sur les dessins*, p. 887.).

Noter soigneusement les émotions, sentiments, idées suscités par ces demandes d'écrire et de dessiner, car elles sont accueillies différemment suivant les affections.

Faire raconter l'histoire de sa vie au malade ; l'histoire de sa famille, son enfance, son apprentissage, sa profession. *Détails sur le métier* (comment fait-on une serrure, une table, un mur, un corsage, un ourlet, une reprise, etc. ?). Service militaire, régiment, noms des officiers, garnison, etc. Mariage : date, noms, âge, profession de la femme, des enfants, etc.

Rechercher les *mémoires spéciales* : dates, lieux, noms propres, manuelle, musicale, etc.

Tout ceci nous a donné des renseignements sur la mémoire du passé (pertes, lacunes, erreurs, mélanges de souvenirs objectivement réels et de souvenirs délirants, délire rétrospectif, etc.) et sur le jugement du malade. On reviendra encore sur cette dernière recherche plus loin, mais on doit aussi rechercher la mémoire des faits actuels.

Mémoire des choses actuelles.

On demandera l'*emploi du temps* depuis l'entrée, — quelques jours avant — le matin même — ce que le malade a mangé la veille, le matin ; les visites des parents, les jeux et lectures, etc.

On demandera aussi l'heure — de lire l'heure — de dire si on est le matin ou le soir (dans le cas d'erreurs sur le temps avec faux souvenirs pour faire faire son propre contrôle au malade). Cela est particulièrement utile pour déceler les faux souvenirs.

Quelques moments après un des exercices précédents, on interrogera le malade sur ce qu'on vient de lui faire faire, sur ce qu'on lui a demandé ; ou bien on prendra un objet peu connu, dont on expliquera l'usage (par exemple un marteau rotulien, un abaisse-langue, etc.), en se mettant à la portée du malade, et quelque temps après on s'assurera de ce qui a été retenu.

Tests (1). — On peut aussi faire usage de *tests*, ainsi que pour la recherche de la perspicacité (Voir plus bas).

(1) Le mot *test* est un mot anglais employé ordinairement avec l'adjectif mental : *mental test*, qui veut dire épreuve mentale. Cette épreuve consiste en questions ou problèmes choisis une fois pour toutes ou peu variables, contrairement aux ques-

J'emploie souvent ceux de Ziehen, qui sont les suivants :

A. — 1° Demander combien de fois font 7 × 8 (par exemple).

2° Dire rythmiquement devant le malade une série de 6 chiffres et la faire répéter. Recommencer l'épreuve avec une autre série.

Par exemple : 4 7 3 2 0 9
5 8 7 4 5 1

3° S'assurer si la première opération a été retenue. Les gens normaux retiennent tout.

Il est quelquefois utile de prévenir le malade de ce qu'on attend de lui dans cette épreuve.

B. — Lire devant le malade dix paires de mots couplés, puis au bout d'un moment demander au malade de dire le second mot de chaque couple, le médecin disant le premier. Ainsi par exemple les dix couples suivants :

arbre	haut
toit	rouge
chambre	petite
justice	égale
manteau	long
poisson	frais
robe	jolie
homme	honnête
acte	rapide
pantalon	bleu

On fera bien aussi de faire réciter des phrases quelconques lues devant le malade et d'autres qu'on lui a fait lire.

On peut aussi ordonner l'exécution de certains actes, comme de faire une commission : remettre trois objets différents à trois personnes différentes, après avoir fait telle ou telle démarche, etc.

On doit s'assurer si la mémoire peut par l'exercice s'améliorer (ce qui se confond avec le traitement dans le cas de troubles curables de la mémoire.)

3° *Perspicacité et utilisation du stock des idées; travail intellectuel* (1).

La recherche de la *perspicacité* (jugement, raisonnement), qui a été faite déjà tout le long de cet interrogatoire, peut être encore faite directement, si l'on veut, par beaucoup de procédés, qui rentrent plus ou moins dans les *tests*.

On demande d'abord au malade ce qu'il pense de sa *propre situation intellectuelle* (à rapprocher au besoin de la question préliminaire : trouvez-vous votre présence ici justifiée?), et on voit le *degré de reconnaissance de l'affection*.

tions de l'interrogatoire qui sont beaucoup plus changeantes, occasionnelles et posées dans un ordre qui peut être quelconque. Au fond entre les *tests* et l'interrogatoire, il n'y a pas de limites précises. — Je n'indique que ceux dont j'ai l'expérience personnelle.

(1) On se contentera pour la clinique d'apprécier, en gros, ses résultats, sans rechercher les éléments complexes psychologiques qui le constituent.

On doit n'aborder cette question qu'avec prudence et plutôt dans les derniers interrogatoires, sauf naturellement pour les obsédés.

On montre différents objets au malade et on le prie de les reconnaître, de les nommer, de les décrire, de dire à quoi ils servent, etc.

On montre une caricature, une image avec légende (facile, *en rapport avec le degré de culture*) et on cherche ce qui est compris.

Faire comparer deux images très peu différentes (par exemple, j'ai deux photographies d'une même personne : sur l'une celle-ci a les yeux ouverts, sur l'autre fermés).

Expliquer un *proverbe* courant.

Reconnaître et expliquer un *bon mot*.

Présenter un *petit récit avec des lacunes*, c'est-à-dire des syllabes et mots manquants : faire compléter les syllabes et les mots.

Présenter dans un ordre bizarre les mots d'une phrase et *faire reconstituer la phrase* en remettant les mots à leur place.

Faire reconnaître l'absurdité, *l'erreur d'une phrase, d'un raisonnement.*

Ces procédés (1) (et d'autres semblables) ne servent qu'exceptionnellement en pratique courante et on aura suffisamment de données par l'ensemble de l'interrogatoire et par les renseignements sur la *conduite du malade à l'intérieur de l'asile*, recueillis comme je l'indique plus bas, et *qui sont de la plus grande importance.*

4° Recherche des sentiments et des réactions, des actes, instincts, tendances.

On pourra poser des questions directes sur ces points. On aura plus de renseignements *indirectement.*

Pourtant, par exemple, on pourra demander à un persécuté (et tâcher de savoir son intention) :

Avez-vous l'intention de vous venger de vos ennemis ? de vous plaindre au parquet ? de « les » assassiner ? etc. L'avez-vous déjà fait ?

A un mélancolique, à un détraqué, on demandera s'il a « de mauvaises idées, s'il a fait des tentatives de suicide. »

Car les tendances à la *violence* et au *suicide* sont parmi les plus importantes.

(1) Je me suis servi parfois de *Tests* extraits du livre de Toulouse, Vaschide et Piéron, *Technique de psychologie expérimentale*, Paris, 1904. — Il y a une nouvelle édition par Toulouse et Piéron, 1911.

On pourra comparer avec les *Tests* de A. Binet et Simon que l'on trouvera exposés dans différents ouvrages ; on consultera avant tout les différents volumes de l'*Année psychologique*, recueil annuel paraissant chez Masson, éditeur.

J'ai utilisé les indications du livre de Raecke (déjà cité), *Grundriss der psychiatrischen Diagnostik*, 2te Aufl., Berlin, 1910.

On devra rechercher aussi spécialement, d'après les indications, le *négativisme* et son opposé la *suggestibilité*, en cherchant à faire exécuter certains actes au malade :

Donnez-moi la main !

Levez-vous !

Asseyez-vous !

Mettez un bras en l'air ! etc.

Les sentiments vis-à-vis de la famille sont connus mieux par l'*attitude* du malade lors des visites des parents ou des amis, en présence du médecin, que par un interrogatoire. Aussi recommanderai-je particulièrement cette « *confrontation* » qui est souvent précieuse.

L'étude du *caractère* et des tendances les plus générales ou élevées n'est guère connue que par une longue fréquentation et surtout *indirectement* par les mille faits journaliers de l'asile.

On demandera pourtant, si l'on veut, qu'est-ce qui intéresse le malade, quel est son *idéal*, qu'est-ce qu'il aurait voulu être ou faire; et au besoin on posera des questions sur l'art, la politique, la science, la religion, la littérature, les sports, les jeux, etc.

Remarque générale — Un examen mental aussi long ne peut ordinairement pas se faire en une séance. On doit prendre garde d'indisposer le malade par toutes ces questions, ou de le fatiguer. Il vaut mieux faire plusieurs examens, toujours avec méthode bien entendu. Souvent aussi (je parle pour la pratique courante) il sera *complètement inutile* de le faire si long : vingt minutes à une demi-heure suffisent dans la plupart des cas. Il faut passer alors à l'examen somatique dès qu'on a suffisamment étudié l'esprit.

Quand on a le temps on doit toujours se faire donner par le surveillant de son service (1) un rapport sur la conduite du malade (voir plus bas p. 880) et se faire remettre tous les écrits et objets (voir p. 883) pour les examiner soigneusement.

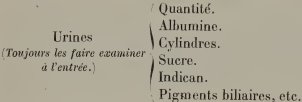
3° Examen somatique.

Doit être fait à la fin, après l'examen psychique, bien que pendant celui-ci on puisse constater des signes importants (par exemple des troubles de la parole). On doit toujours, à l'asile, examiner le malade complètement nu ou le faire examiner par l'interne (affections de la peau, traumatismes, etc.). Je ne ferai ici qu'une énumération succincte et *partielle* des signes physiques ; cet examen n'offrant rien de spécial, j'indique seulement d'un mot l'organe qu'il ne faut pas oublier d'explorer ou le signe le plus important à constater, ce qu'il ne faut jamais négliger. Cet examen sera renouvelé suivant les indications. Dans

(1) On peut, pour les aliénés soignés chez eux, tenter d'obtenir des parents une enquête analogue.

la pratique courante, *les signes physiques de la paralysie générale sont à rechercher soigneusement pour peu qu'il y ait un indice même léger.*

Anthropologie : Taille, envergure, développement.
Forme du crâne.
Asymétries et anomalies.
Poids.
Parasites (poux (1) et gale).
Aspect de la peau (particulièrement au visage).
Masques pathologiques divers.
Cicatrices (épileptiques, auto-mutilation, suicide, apaches, criminels).
Tatouages (2).
Contusions (agitation, contention brutale).
Signes d'affections somatiques.
Température (fièvre) : *Toujours faire prendre la température à l'entrée dans le service.*
Maigreur ou embonpoint.
Goitre.
Sénilité.


Urines
(Toujours les faire examiner à l'entrée.)

- Quantité.
- Albumine.
- Cylindres.
- Sucre.
- Indican.
- Pigments biliaires, etc.

Troubles de la parole :
Achoppement.
Bredouillement.
Bégaiement.
Blésité.
Parole scandée, etc.
Tremblement des lèvres et de la langue.
Dentition.
Langue ; cicatrices ; état saburral.
Constipation.
Diarrhée.

(1) Presque constants chez les enfants amenés à la Salpêtrière.
(2) Ces tatouages indiquent souvent, comme je l'ai dit, un monde spécial, sociétés criminelles, marins, milieux coloniaux, et sont parfois un indice précieux, surtout au point de vue médico-légal.

Gâtisme.
Incontinence d'urine.
Ictère.
Pouls et artères, cœur: artério-sclérose.
Yeux : signe d'Argyll Robertson, myosis, etc.
Réflexes tendineux : abolition.
Signe de Babinski.
Sensibilité.
Paralysies.
Tremblement — des mains, des membres (ataxie, etc.).
Marche.
Poumons.
Règles.
Hernies.
Appétit.
Sommeil et rêves (d'après les renseignements).
Ponction lombaire.

Conduite de l'aliéné à l'intérieur du service.

Je fais répondre par mon surveillant à un questionnaire portant sur les points suivants (Voir le schéma), obtenus pendant la première quinzaine par l'examen de l'aliéné en observation à l'infirmerie. On modifiera ce questionnaire si le malade est dans sa famille. On priera celle-ci de le remplir, si elle en est capable et si on le juge utile. On continue cette enquête pendant toute la durée du traitement.

J'accorde une grande valeur aux renseignements ainsi fournis, qui devront être pris avec tous les détails possibles. Ils sont souvent *plus utiles* que des examens directs, minutieux, et surtout que les *tests*.

Le malade se lève-t-il seul?
Le malade fait-il sa toilette seul ?
Le malade s'habille-t-il seul?
Est-il habillé proprement ?
Ou débraillé et sale ?
Va-t-il spontanément aux W.-C. ?
Est-on obligé de l'avertir, de le conduire aux W.-C.?
Constipation, diarrhée.
Gâtisme, levé, au lit.
Entend-il la cloche des repas, etc. ?
Va-t-il spontanément et seul au réfectoire? à la table commune ?

Mange-t-il dans un coin?

Mange-t-il lui-même? Comment? (tous les détails).

Le fait-on manger? Comment? (tous les détails).

Reçoit-il des provisions de sa famille? quelles? qu'en fait-il? Comment les mange-t-il?

Appétit. Choix des mets.

Digestion. Vomissements. Rumination.

Onanisme. La nuit. Le jour. Perversions sexuelles avec d'autres malades.

Le malade se couche-t-il seul?

Comment?

Doit-on le déshabiller, le coucher? Comment?

Reste-t-il au lit dans le jour? Attitudes spéciales, dans le lit, la nuit, le jour.

Comment se comporte-t-il la nuit?

Sonmeil.

Rêves.

Bavardage nocturne.

Comment se conduit le malade avec.......	Ses voisins	de lit?
		de table?
		de chauffoir?
		de cour?
	Les surveillants et infirmiers?	
	Les médecins?	

Quelle impression lui font les visites reçues par les autres malades?

Comment reçoit-il les visites de.........	Sa femme?
	Ses enfants?
	Ses parents?
	Ses amis?

Que fait-il avec les personnes qui le visitent?

Quelles occupations et comment?

Travail à l'atelier.

Travail particulier.

Aide dans le service? à quoi? comment?

Quels jeux et comment?

Promenades.

Lectures.

Ecrits; lettres à sa famille, aux autorités, etc.

Dessins.

Objets collectionnés et fabriqués.
Conversations; avec qui? (1)

Habitudes spéciales... { « Manies ». Tics. Stéréotypies. Marche en piste. Collectionnisme.

Emporte-t-il partout un sac dans lequel il met ses affaires?

Attitudes spéciales... { Hallucinatoires. Mystiques. Défensives. Bizarres. Stéréotypées.

Costume spécial.
Discours............ } Avec qui? Personnes réelles.
Dialogues........... } Personnes imaginaires.
Monologues. Quand?
Agitation.
Dépression.
Périodicité des manifestations.
Impulsions. — Violences.
Suicide.

Adaptation à l'asile... { Complète. Incomplète. Négative — réclamations, révolte, tentatives de fuite.

(1) Dis-moi qui tu hantes, et je te dirai qui tu es, voilà un proverbe dont il faut se souvenir ici.

Examen des produits de l'activité du malade.

Écrits.
Dessins.
Objets.
Travaux.

Écrits (1).

Absence	Des écrits.
Refus	
Suppression	
Fréquence	
Périodicité	
Nombre	
Longueur	
Conditions de temps, de lieu, d'occasions.	

Écrits	Spontané. Commandé. Dicté. Copié.

Comparaison de tous les écrits entre eux. Ne jamais oublier d'y comprendre les écrits antérieurs à l'affection (et au besoin postérieurs) quand c'est possible. *Comparaison avec le langage parlé.*

Matériel de l'écrit.

Sur quoi est l'écrit	Papier. Bouts de papier. Chiffons. Murs. Sol, etc.
Disposition extérieure de l'écrit	Feuilles volantes. Lettre avec enveloppe. Cahier. Carnet. Volume broché, relié, etc. Dispositions spéciales bizarres : par exemple écrire sur l'intérieur du rabat de l'enveloppe d'une lettre, etc.

(1) Je comprends sous ce nom : manuscrits, imprimés, etc. — On devra examiner

Ustensiles		Plume. Crayon. Morceau de bois. Epingle. Imprimerie. Machine à écrire. Encre. Encre de couleur. Sang. Matières fécales, etc.
Façons d'employer ce matériel	Façons (*et actes concomitants*).	De s'installer pour écrire. De prendre la plume. De manier la plume, etc.
	Façons d'écrire	Facilement. Lentement. Avec hésitation. Avec reprises. Spontanément. Sur injonction réelle. Sur injonction imaginaire. Automatique.
Ecriture		Seule (compris les chiffres) Avec dessins.
Disposition de l'écriture (avec ou sans dessins.)		Ordonnée. Titres. Marges. Lignes droites. — irrégulières. — montantes, descendantes. — ondulées. — croisées. — serrées, espacées. Complètement en désordre. Dispositions spéciales, bizarres.

Dimensions de l'écriture.

tous les éléments divers à significations diverses, énumérés sous les rubriques indiquées dans le tableau.

Genre de l'écriture.....
- Enfantine.
- A la mode.
- Ornée de fioritures.
- Ronde.
- Spéciale.
- Imitation de l'impression.
- Soulignage.
- Mots en capitales, en italique, etc.
- Lisible, etc.
- Illisible, gribouillage.

Tracé.................
- Ferme.
- Ataxique.
- Tremblement { gros / menu.
- (Allant ainsi jusqu'à l'illisibilité et gribouillage par la combinaison de plusieurs éléments.)

Signes graphologiques (?).

Examen spécial de la signature et du paraphe suivant les mêmes principes.

Langue employée......
- Française.
- Étrangère.
- Mélangée.
- Spéciale.
- Mots fabriqués.

L'écrit spontané........
- A. — A un but.
- B. — N'en a pas.

A. — L'écrit est spontané et a un sens général, un but.

Lettres aux............
- Autorités.
- Parents.
- Amis, etc.

Notes.
Journal.
Mémoires.
Travaux littéraires et autres.
Testament.

Sa forme générale est-elle bien adaptée au but

- Orthographe
  - Fautes
    - Par ignorance.
    - Par déchéance.
  - Oublis de lettres, de syllabes, de mots, de phrases.

Faire relire le malade pour s'assurer s'il reconnaît ses fautes.

- Syntaxe
  - Fautes par
    - Ignorance.
    - Déchéance.
    - Trouble général.
    - Délire.
- Style
  - Prolixe.
  - Concis.
  - A répétition... Des mots ou des phrases.
    - Rabâchage.
    - Tendance à la persistance.

Ordonnance générale des pensées.

Appropriation des mots au sens et au but. — Langage symbolique; inapproprié; de perroquet, etc.

- Expression de sentiments, surtout
  - Trivialité.
  - Obscénité.
  - Ironie mordante.
  - Prétention. Vanité.
  - Pompe théâtrale.

Expression directe ou détournée d'idées délirantes.

Appréciation du niveau de la perspicacité manifestée.

- Examen de la signature
  - Nom réel.
  - Nom d'emprunt.

B. — L'écrit spontané est automatique, sans sens général et sans but.

- Bavardage
  - Bavardage.
  - Bavardage avec associations inférieures.
- Incohérence
  - Avec conservation de l'aspect extérieur approprié au but.
  - Sans cette conservation et pouvant aller jusqu'à l'outrance (lettres en désordre).
  - Mots fabriqués automatiquement.
  - Stéréotypies diverses, etc.

C. — Écriture automatique avec but.

Écriture automatique des hystériques et médiums spirites.

Les écrits non spontanés, commandés, dictés, copiés seront examinés dans les mêmes détails. La comparaison des quatre genres d'écrits est particulièrement importante dans l'aphasie.

Remarque. — Les différents éléments des écrits ainsi recherchés à part coexistent le plus souvent en plus ou moins grand nombre.

Dessins. — (Peintures, aquarelles, etc.).

On appliquera *mutatis mutandis* une méthode d'examen analogue à celle des écrits.

On examinera donc successivement et comparativement les éléments suivants :

Conditions générales du dessin.

Matériel du dessin.

Disposition extérieure.

Ustensiles.

Façon d'employer ce matériel.

Dessin seul ou avec légendes.

Disposition sur le papier (etc.).

Dimensions.

Genre.

Tracé.

Le dessin a un sujet. . { Copie. Souvenir. Composition. Mise en place. Perspective. Formes. Ombres. Valeurs. Couleurs.

But du dessin. . . . . { Distraction. Travail en rapport avec le délire.

Le dessin est automatique ; dessins automatiques des médiums.

Le dessin est complètement informe.

Légendes (examen comme pour les écrits).

Comparaison des dessins avant et pendant le trouble mental et des dessins successifs.

Objets.

Objets collectionnés..
- Ayant quelque valeur.
- Sans valeur..
  - Valeur imaginaire.
  - Réelle.
- Uniformes.
- Multiformes — chiffonnage, etc.

Objets fabriqués....
- Normaux.
- Anormaux, bizarres, enfantins, etc.

On retirera de leur examen de précieux renseignements sur les idées délirantes et sur le niveau mental.

Travaux et jeux.

Les aliénés peuvent être occupés à des travaux utiles et sérieux ou se livrer à des jeux et passe-temps divers. La façon dont ils s'acquittent des uns et des autres donnera aussi de fort utiles renseignements, surtout sur le niveau mental et l'activité intellectuelle. On ne doit pas oublier de comparer toujours les capacités antérieures (pour autant qu'on les connaisse) avec celles manifestées au moment de l'examen.

Examen du liquide céphalo-rachidien *(Note du Dr Nageotte)* (1).

Dans beaucoup de cas d'aliénation il peut être indispensable de pratiquer la ponction lombaire pour établir plus solidement le diagnostic. C'est principalement la présence d'un excès de lymphocytes qui intéresse le psychiâtre, puisqu'elle décèle une inflammation méningée en rapport, le plus souvent, avec une affection syphilitique lorsqu'elle n'est pas imputable à la tuberculose.

Toutefois, la valeur symptomatique d'une lymphocytose dépend beaucoup des circonstances dans lesquelles on la constate; elle

(1) Mon collègue et ami Nageotte, dont on connaît la compétence spéciale, a bien voulu rédiger la présente note où il décrit son procédé, le seul rigoureux, pour l'examen du liquide céphalo-rachidien.

n'est symptomatique de la paralysie générale ou d'une forme quelconque de syphilose méningée que lorsqu'il y a lieu de supposer qu'elle n'est pas en rapport avec une infection passagère, telle que la méningite du zona ou des oreillons, ou bien lorsqu'elle ne constitue pas un stade évolutif d'une méningite à polynucléaires.

Pour constater la lymphocytose on peut centrifuger le liquide, décanter le liquide, et, tenant le tube complètement renversé, recueillir le culot à l'aide d'une pipette très fine ; l'extrémité de cette pipette étant promenée sur toute la surface du fond du tube, les lymphocytes sont aspirés par capillarité avec le liquide qui mouille le verre ; on obtient ainsi une gouttelette du liquide qui est déposée sur une lame ; après dessiccation et fixation à l'alcool-éther, on colore la préparation à l'hématoxyline, en ayant soin de traiter ensuite par l'alcool additionné d'acide chlorhydrique au millième ; de cette façon les éléments nucléés ne peuvent être confondus avec les hématies altérées.

Cette méthode, indispensable pour reconnaître la nature des éléments, expose à certaines erreurs relativement à leur nombre. Pour reconnaître avec certitude l'existence d'une lymphocytose faible, ou pour suivre les oscillations du nombre des éléments au cours de ponctions successives, il vaut mieux pratiquer la numération à l'aide de la *cellule de Nageotte*. Cette technique est d'ailleurs plus simple et plus facile que celle de la centrifugation.

La cellule à compter les lymphocytes contient 100 millimètres cubes de liquide, sous une épaisseur de 1 millimètre ; le fond est divisé en bandes qui permettent de compter les lymphocytes déposés et de calculer leur nombre par millimètre cube de liquide. La numération doit être faite immédiatement après la ponction, ou bien, si l'on est obligé d'attendre, après agitation et brassage prolongés. La cellule étant remplie et recouverte d'une lamelle, on compte les éléments déposés au bout de 10 minutes : à l'état normal leur nombre est compris entre 1/2 et 2 ou 2 1/2.

Il est commode de colorer les éléments nucléés en agitant dans le liquide une baguette de verre préalablement trempée dans une solution de cristal violet à 1 0/0 : on peut en outre ajouter 1 goutte d'acide acétique par centimètre cube de liquide pour éliminer les hématies, mais alors il convient d'attendre que les bulles d'acide carbonique soient échappées, avant de faire sa préparation.

Il faut naturellement tenir compte des éléments nucléés ap-

portés par le sang mêlé accidentellement au cours de la ponction; si la lymphocytose est forte, l'erreur provenant de cette cause estinsignifiante, mais lorsque le chiffre normal n'est dépassé que de peu, il faut y prendre garde.

Examen spécial de l'épileptique (1).

Les commémoratifs sont les mêmes que ci-dessus. L'examen du paroxysme psychique se fait par les mêmes procédés que pour un aliéné ordinaire, aigu. — L'examen somatique doit être soigneusement fait en recherchant les signes indiquant une *lésion nerveuse*, les morsures de la langue et les traumatismes. — Quant à l'accès convulsif lui-même, si on a la chance d'y assister, on en notera minutieusement tous les détails. Mais en général le médecin doit pendant longtemps se contenter des renseignements fournis par le personnel ou l'entourage. Aussi est-il bon de faire remplir un questionnaire comme le suivant ; en outre, on fait noter quotidiennement les accès, complets ou incomplets, les vertiges, absences, secousses et troubles mentaux ; ils sont comptés et inscrits dans des tableaux pour chaque mois et chaque année. On peut aussi faire une courbe représentant le nombre des accès et leur date, ce qui est encore préférable ou indispensable si on veut procéder à l'expérience d'un traitement nouveau (*on ne se rend pas compte sans cela du « débit » des accès*).

DESCRIPTION DES ACCÈS D'ÉPILEPSIE PAR LE PERSONNEL DU SERVICE.

La malade a-t-elle des accès ? { Le jour ? La nuit ?

Les accès sont-ils tous pareils ?

Les accès sont-il simples ou composés de petits accès rapprochés ?

Petits accès rapprochés ?

Prédominent-ils d'un côté ?

La malade a-t-elle des vertiges ?

La malade a-t-elle des absences ?

La malade a-t-elle des secousses ?

La malade a-t-elle des troubles mentaux en rapport avec les crises ou les remplaçant?

Certaines causes paraissent-elles provoquer les accidents ?

(1) Bien que je n'aie pas décrit dans cet ouvrage l'épilepsie convulsive que je supposais connue, je donne ici l'examen de l'épileptique convulsif comme tel, ainsi qu'il est pratiqué à Bicêtre (service du Dr Nageotte) et à la Salpêtrière.

Description d'accès (1).
Faite par. . . . . le . . . .
Signes lointains (2) :
(Plusieurs jours ou plusieurs heures avant l'accès.)
Modification de la physionomie.
Modification de l'allure.
Modifications du caractère.
Agitation.
Bavardage.
Hallucinations.
Malaises.
Douleurs et sensations anormales.
Insomnie.
Signes immédiats : Aura. Paroles. Gestes.
Début de l'accès :
Cri.
Perte de connaissance.
Changement de coloration.
Chute.
Blessures.
Première période (convulsions toniques) *:*
Durée.
Degré de rigidité.
Attitude de la tête.
— des yeux.
— des membres supérieurs { droit. gauche.
— des membres inférieurs { droit. gauche.
— du tronc.
— de la bouche.
— de la langue.
Dimension des pupilles. (*Très important pour la simulation.*)
Respiration.
Deuxième période (convulsions cloniques.) *:*
Durée.
Amplitude des mouvements.
Mouvements de la tête.
— des yeux.
— des membres supérieurs { droit. gauche.
— des membres inférieurs { droit. gauche.

(1) C'est la reproduction, avec quelques modifications, du questionnaire employé dans mon service de femmes et petites filles à la Salpêtrière, ce qui explique l'emploi du féminin.

(2) Indiquer pour chaque réponse combien de temps avant l'accès on a observé le symptôme.

Mouvements du tronc.
— de la bouche et de la langue.
Morsure de la langue.
Cris et bruits divers.
Sécrétions et évacuations.
Troisième période (ou stertor) :
Durée.
Flaccidité des membres.
Secousses.
Ronflement.
Les périodes sont-elles nettement séparées ou bien empiètent-elles les unes sur les autres ?
Accidents consécutifs :
Durée.
Sommeil.
Confusion.
Troubles délirants : Mimique. Paroles. Hallucinations. Actes et gestes automatiques.
Paralysies.
La malade garde-t-elle le souvenir de l'accès?
Description spéciale de l'accès ambulatoire.
Description spéciale de l'accès anormal.

Examen spécial de l'hystérique.

Qu'il s'agisse de folie hystérique proprement dite ou d'accidents hystériques, il faudra faire grande attention à ne pas suggestionner involontairement le ou la malade et s'abstenir de rechercher des « stigmates physiques ». Le plan général d'examen ne pourra pas servir. La recherche de la cause initiale des accidents est très malaisée, et le mensonge, la simulation rendent la tâche du médecin difficile; ce n'est guère à l'asile qu'il verra des hystériques, mais en ville ou dans les consultations gratuites, et par suite dans les plus mauvaises conditions, ce qui aggrave la difficulté. L'isolement sous la direction du médecin n'est pas seulement une bonne mesure de traitement, mais permet aussi un meilleur examen. On devra le faire chaque fois que cela sera possible.

Examen spécial des enfants arriérés (Imbéciles, idiots).

Les commémoratifs sont pris de même que dans l'observation générale, sauf les détails applicables seulement aux adultes. L'examen se fait en tenant compte de l'âge de l'enfant : les connaissan-

ces d'un enfant de 7 ans ne sont pas celles d'un enfant de 12 ans. Il y a lieu aussi de tenir grand compte du milieu où se trouve élevé l'enfant, de sa famille (s'il a une *belle-mère* ou un beau-père, etc.), et il y a lieu particulièrement de *se méfier beaucoup* des renseignements fournis. L'examen porte sur le niveau intellectuel, les connaissances scolaires et usuelles ou les particularités du caractère; dans la pratique courante on recherche les connaissances que l'enfant peut avoir dans les trois sphères suivantes approximatives : celle de la famille, celle de l'école, celle du monde extérieur. Il est rare de constater des idées délirantes, sauf chez les grands enfants. Il faut faire grande attention aux mensonges, à la perversion, au début de l'hébéphrénie, à l'épilepsie ou à l'hystérie. — *Grande importance de l'examen somatique neurologique à faire très complet* (1). — Enfin les renseignements sur la conduite intérieure, dans le service, sont de la plus haute importance ainsi que ceux spéciaux aux enfants (services particuliers de Bicêtre, de la Salpêtrière), fournis par l'instituteur et les chefs d'ateliers. — Je ne donne pas le schéma d'observation générale en usage dans mon service, il ferait à peu près double emploi avec celui tracé ci-dessus pour l'adulte; la surveillante remplit un questionnaire analogue à celui indiqué pour la conduite de l'aliéné dans le service, en insistant sur *l'utilisation pratique* de l'enfant. Mais je donne le questionnaire de l'École tel que je l'emploie. C'est celui établi à Bicêtre par le Dr Nageotte. J'ai laissé le genre au masculin.

NOTES DE L'ÉCOLE

Nom de l'enfant *âge* *ans*

Données par M. *le*

NOTES DE LA ÉCOLE CLASSE

DEGRÉ DE L'INSTRUCTION (2)

Lecture.....
- Nulle.
- Sait ses lettres.
- Syllabe.
- Lecture courante.
- Lecture expressive.

(1) On se rapportera au tableau des signes physiques, p. 264.

(2) Chaque fois qu'il y a lieu l'instituteur remplacera oui et non par la notation suivante : 0 = nul, 1 = mal, 2 = passable, 3 = bien.

Ecriture
- Écrit correctement....
  - des lettres............... { en copiant. / à la dictée.
  - des mots................ { en copiant. / à la dictée.
- Maladroite... Lourde.
- Irrégulière...
  - inclinaison irrégulière..... { des lettres. / des mots.
  - dimension irrégulière...... { des lettres. / des mots.
- Tendance....
  - à grossir progressivement... { dans les lignes. / dans la page.
  - à diminuer progressivement. { dans les lignes. / dans la page.
- Tendance....
  - à monter.
  - à descendre.
- Lente. rapide.
- Nette. aisée courante.

Calcul.......
- Sait compter jusqu'à
- Addition, Soustraction, Multiplication, Division, Fraction, etc.
- Résout de petits problèmes.

Orthographe.
- d'usage
- grammaticale

CONNAISSANCES

1° Usuelles...
- Concrètes... { objets. / système métrique.
- Abstraites.. { topographie des lieux connus. / idées de justice, etc.

2° Scolaires..
- Histoire.
- Géographie.

ATTITUDE EN CLASSE

Tranquille habituellement? au début? à la fin? — Pendant toute la durée de la classe?

Turbulent habituellement? au début? à la fin? — Pendant toute la durée de la classe?

Manifestation de cette turbulence.
- Agitation motrice.
- Bavardage.
- Occupations diverses.

S'occupe-t-il volontiers de ses camarades?..... ....
- Pour les dissiper.
- Les imiter.
- Leur chercher querelle.
- Pour les dominer.
- Pour les exploiter.

Est-il affectueux? maussade? indifférent? sensible aux reproches? aux louanges?

Est-il sournois? menteur? dénonciateur? taquin? complaisant? autoritaire? insouciant? naïf?

Est-il indocile? opiniâtre? impertinent? fanfaron de vice?

Ses cahiers et ses livres sont-ils bien tenus?

Attention { Apparente.
Réelle.

Suit-il les exercices........ { Avec bonne volonté, avec effort visible.
Avec aisance Avec profit.

Continuité de l'attention.

Qu'est-ce qui l'intéresse le plus?

Mémoire { Combien de chiffres est-il capable de répéter?
Phrases de combien de syllabes?

Retient-il mieux ce qu'il a écouté lu copié?

Persistances des souvenirs { Du début à la fin de la classe.
Du jour au lendemain.

Intelligence vive réfléchie.

Indique-t-il facilement l'absurdité manifeste d'un récit?

Sait-il remplacer un mot omis dans une phrase simple?

Rétablit-il dans leur ordre logique les mots d'une proposition simple?

Donne-t-il des objets une définition................... { Par l'usage?
Supérieure à l'usage?

Peut-il donner une définition abstraite?

Imagination

Combien sait-il citer de mots quelconques en 1 minute?

Sait-il décrire ce qu'il voit sur une image................ { Par énumération?
Par description?
Par interprétation?

Ajoute-t-il { Des détails de son invention?
Des interprétations fantaisistes?

Aptitudes spéciales.

Observations diverses.

Examen spécial du neurasthénique, de l'obsédé.

Cet examen est plus facile que celui de l'aliéné proprement dit, car le malade a connaissance de son affection et vient s'en plaindre au médecin. Quand le malade n'est pas cultivé et qu'il

n'a pas l'habitude ou le goût de l'introspection, on a parfois du mal à le faire bien déterminer ce qu'il ressent, mais il faut se rappeler que « l'introspection » est toujours très imparfaite et que le trouble est toujours *plus étendu* que ne le dit le patient; on doit rechercher tous les autres signes d'une intelligence anormale et d'un *mauvais automatisme*, car en dehors des paroxysmes il y a un *état mental permanent*. Une chose très utile est une description, écrite par le malade lui-même, des troubles qu'il ressent: un certain nombre de ces obsédés écrivent spontanément leur observation. Comme ils sont en général prolixes et s'étendent indéfiniment sur leur maux, avec redites fréquentes, le médecin s'armera d'une patience à toute épreuve, encore plus qu'avec un aliéné.

Examen spécial du simulateur.

On soupçonne la simulation quand, en examinant l'aliéné prétendu, on constate des symptômes apparents qui ne cadrent pas avec ce que l'on sait du type clinique simulé. Seulement, comme il y a des types cliniques très variables, on peut croire à la simulation trop facilement ou la méconnaître, en pensant à l'indétermination de bien des types. Surtout depuis que l'on connaît mieux la démence précoce, il est parfois fort difficile de séparer cette « démence » de la simulation, puisque, comme on l'a dit, le dément précoce *simule la simulation* et a l'air bien souvent de jouer la comédie. Ce qui complique encore la chose est la *sursimulation*, c'est-à-dire la simulation chez un individu réellement aliéné ou déséquilibré, qui cache le trouble qu'il a et montre celui qu'il n'a pas.

Une autre difficulté est celle que l'on rencontre au sujet de l'*hystérie*. Autrefois c'était très simple; l'hystérique était hystérique et simulait en outre une foule de choses. Maintenant, entre hystérie et simulation, et même simulation des phénomènes hystériques, il est très difficile de faire une distinction.

Enfin une des simulations les plus fréquentes est l'épilepsie convulsive. Or, en dehors de la dilatation pupillaire, de la cyanose excessive, il n'y a pas de signe objectif permettant d'affirmer l'épilepsie, et l'accès complet typique est bien souvent remplacé par des accès frustes, incomplets ou anormaux,

qui ne présentent pas ou présentent d'une manière très fugitive ces signes certains.

En fait, la seule méthode à suivre en général est *l'observation prolongée*, pendant laquelle on examine tous les symptômes avec encore plus de minutie qu'à l'ordinaire, surtout les somatiques, si la forme simulée en comporte. On tente aussi discrètement de mettre le simulateur en contradiction avec lui-même, et surtout on cherche par une observation exercée à l'insu de l'intéressé de voir s'il se comporte seul *comme un aliéné*. Il est important aussi de bien remarquer si l'interné a des relations avec d'autres malades. Le proverbe : dis-moi qui tu hantes... trouve souvent sa confirmation dans les asiles, comme je l'ai déjà dit.

Il arrive que des prévenus d'un crime ou délit allèguent qu'au moment de l'acte incriminé ils étaient dans un état de folie ou d'impulsion irrésistible. C'est une *simulation rétrospective* qui n'est pas sans présenter parfois de grandes difficultés.

En tous cas on devra toujours penser à la simulation possible, quand dans un asile on reçoit des *militaires* en activité ou des individus qui ont eu des condamnations. Mais il arrivera pourtant malgré toutes les précautions de se faire « rouler » quelquefois. On devra se consoler en pensant qu'on n'est pas le seul, et que tôt ou tard le simulateur se fera prendre.

QUATRIÈME PARTIE

LE TRAITEMENT (1)

SOMMAIRE. — A. — *Mesures de sécurité.* — 1° Surveillance continue en ville. 2° Placement dans un asile. Internement. — a. Surveillance ordinaire à l'asile. — b. Surveillance continue à l'asile et open-door. — c. Cellule; cellule capitonnée. Utilité dans quelques cas exceptionnels. — d. Camisole de force. Maillot. Ne doit être employée que dans des circonstances exceptionnelles, par exemple au cas de fracture ou de pansement à maintenir. « No-restraint » absolu : abus de la force des infirmiers. « Restraint chimique ». Régles pour l'emploi de la camisole. Qualités nécessaires au personnel.

B. — *Procédés thérapeutiques.* — 1° *Traitement moral.*

a) *Traitement moral direct.* — *Suggestion* ou « persuasion », seulement pour l'hystérie. La « *psychothérapie* ». Le sermon appliqué à la médecine mentale. Un exemple personnel. Action sentimentale du médecin sur les sentiments du malade : bienveillance, intérêt marqué au patient pour le rendre optimiste. Malgré tout, prépondérance du traitement physique quand il est applicable. Le traitement moral ne peut être efficace chez les aliénés qu'à la fin de l'accès quand il y a amélioration. Mais l'action sentimentale et émotive fait partie du rôle du médecin. Charlatans et médecins peu scrupuleux. Le traitement par la foi à Lourdes.

Punitions. Effets différents suivant les types cliniques Punitions appropriées.

b) *Traitement moral indirect.* — *Influence mauvaise du médecin.* La présence du médecin excite certains malades à l'asile. Il y a certains malades qu'il ne faut pas examiner trop souvent. Ne pas développer l'hystérie par des questions maladroites.

Changement de milieu. Voyage, maison de santé, asile.

Isolement. Insuffisant à domicile. Doit être fait dans une maison *ad hoc* ou de santé. Isolement dans l'intérieur de l'asile. Indications et contre-indications.

Travail.

Discipline de l'asile. Bon et mauvais côté.

Placement familial.

2° *Traitement médico-pédagogique.* — Appliqué aux enfants idiots et arriérés.

3° *Assistance.* — On ne peut guère soigner les indigents qu'à l'asile public.

4° *Traitement somatique spécial aux aliénés.*

Alitement.

Traitement du gâtisme, des escarres.

Hydrothérapie : bains chauds, froids, prolongés, enveloppements.

Gavage.

C. — *Prophylaxie.* — Eviter les infections et la syphilis. Hygiène. Ne pas entrer par le mariage dans les familles tarées.

A. — MESURES DE SÉCURITÉ.

L'aliéné ne pouvant être laissé en général à lui-même par suite du danger qu'il fait courir à la sécurité publique et à la sienne

(1) RÉGIS, *Précis*, p. 923. — DEJERINE et GAUCKLER, *Les manifestations fonctionnelles*

propre, le médecin de la famille est appelé à donner son avis sur les mesures à prendre.

1° Surveillance continue en ville.

En ville, chez les gens qui peuvent payer des gardes-malades expérimentés, on peut se contenter de faire surveiller étroitement l'aliéné soit chez lui, soit dans une maison aménagée *ad hoc*, ordinairement une villa à la campagne. Mais le plus souvent on est obligé d'avoir recours à la séquestration ou internement dans un asile public ou une maison de santé privée.

2° Placement dans un asile. Internement.

L'internement est l'entrée de l'aliéné dans un asile public ou privé, *autorisé par la loi de 1838* à tenir le malade renfermé, même contre son gré. Cette entrée est soumise à des *formalités* que j'étudie plus loin (p. 913). Il ne sied guère au médecin de conduire lui-même le malade; il vaut mieux laisser ce soin à la famille, d'autant plus que souvent on est obligé de recourir à un subterfuge. Les maisons de santé privées ont des infirmiers habitués aux aliénés qui se chargent au besoin d'amener le malade à la maison, mais il faut éviter autant que possible les moyens de contrainte et la violence. Ce mode de placement correspond à ce qu'on appelle *placement volontaire* (voir plus loin, p. 914). Mais, il peut arriver que dans des cas douteux il soit préférable de laisser le malade se livrer à une incartade publique qui amènera la police à effectuer ce qu'on appelle le *placement d'office*, dans lequel n'intervient pas directement le médecin de la famille.

a. **Surveillance ordinaire.** — A l'intérieur de l'asile ou de la maison de santé le malade est surveillé, et les portes étant fermées à clef, il lui est difficile de s'évader, bien que cela arrive.

b. **Surveillance continue à l'asile. « Open-door ».** — On appelle système de l'*open-door* le système consistant à laisser les portes ouvertes avec la persuasion que les aliénés ne s'évaderont pas. Je l'ai vu employé, il y a déjà vingt-cinq ans, à *Morningside Asylum* à Edimbourg. Je me rappelle fort bien une petite salle,

des psycho-névroses, Paris, 1911. — Paul Dubois (de Berne), *Les psycho-névroses et le traitement moral*, 2e éd., 1905. — Feuchsterleben, *Diäthetik der Seele* (Je recommande l'édition de la *Philipp Reclam's Universal Bibliothek*, qui coûte 0 fr. 30).

dont les portes n'étaient pas verrouillées, affectée spécialement aux femmes avec idées de suicide : de chaque côté de chaque malade il y avait une infirmière en permanence. On peut évidemment dédaigner de fermer ses portes, si on a un *personnel suffisant*, qui retient de force le malade. C'est ce qu'on appelle la *surveillance continue*. En France, l'insuffisance numérique du personnel des asiles ne permet ce luxe que rarement, même pour les aliénés toujours en petit nombre, qui ont besoin de cette surveillance pour des tendances spéciales (suicide, homicide), et que la seule fermeture des portes extérieures de l'asile n'empêcherait pas de suivre.

c. **Cellule. Cellule capitonnée.** — C'est aussi pour ces cas ou pour traitement moral (isolement, voir p. 907), que l'on emploie la mise en cellule ou chambre particulière (pour user d'un terme moins pénitentiaire). On tend aujourd'hui dans les asiles publics à les considérer comme inutiles avec l'adoucissement du traitement des aliénés, qui répondaient souvent à la force et à la violence par de l'excitation, de l'agitation et des actes dangereux, et qui maintenant sont certainement adoucis, eux aussi. Pourtant, d'une part, il est tout de même plus agréable pour un certain nombre d'aliénés de n'être pas dans la promiscuité souvent pénible d'un asile public et d'être en chambre particulière (comme les gens riches dans les grandes maisons de santé), et, d'autre part, le maintien momentané dans une chambre est parfois indispensable. J'ai eu à Bicêtre un malade, taillé en hercule, ancien marin, qui, très probablement sous l'influence de la boisson, présentait un délire de persécution mal systématisée avec hallucinations de tous les sens, qu'aucun procédé n'arrivait à calmer et qui, pris d'impulsions soudaines, frappait à tort et à travers infirmiers et malades. Ce n'est qu'enfermé dans une cellule du quartier des agités qu'il se calmait par la force des choses et par l'isolement, et qu'il était mis vraiment dans l'impossibilité de nuire. De même pour les épileptiques, certains sont très dangereux au moment de leurs paroxysmes psychiques. Méz... que j'ai cité (p. 3) donnait des coups de poing à ceux qui l'interpellaient pendant son état de rêve. Comme il avait un souvenir partiel de ce qui s'était passé dans cet état, il savait qu'il était parfois violent et il approuvait lui-même qu'on l'eût mis en cellule, et qu'on lui eût ainsi évité toute cause d'excitation et toute occasion de réaction brutale.

Une *cellule capitonnée et chauffée*, où le malade peut être nu, rend aussi des services dans des cas particuliers peu fréquents.

La mise en cellule ne doit se faire que sur *ordre médical* (voir plus bas à propos de la camisole).

d. **Camisole de force. Maillot.** — La camisole (et d'autres appareils analogues) était très employée autrefois. Elle est presque partout abandonnée aujourd'hui, et dans l'immense majorité des cas *on peut et on doit s'en passer*, si on imprime de *bonnes habitudes* à son personnel. Mais, à mon avis, il reste, malgré tout, quelques *rares* circonstances exceptionnelles, où elle doit être employée, lorsque, comme cela arrive presque toujours, *le personnel est insuffisant numériquement.* Ainsi un dément qui avait eu un phlegmon, défaisait sans cesse son pansement même très solidement arrangé, fouillait dans la plaie et promenait le pus partout. On avait beau le surveiller, refaire le pansement, ce qui amenait des batailles, il recommençait. Je me suis cru autorisé à lui mettre momentanément la camisole. Un idiot adulte, grand et fort, avait la fâcheuse habitude de mettre de temps en temps ses vêtements en pièces et aussi, mais tous les jours, d'attraper toutes choses qui peuvent se manger, d'autres encore, et de se les fourrer entières dans la bouche. Au moment des repas il se précipitait sur les morceaux de pain de ses camarades et les faisait disparaître dans sa bouche coup sur coup, au risque de s'engouer. Il me paraissait préférable de lui mettre le maillot, ce qui évitait à ses vêtements d'être mis en pièces et dévorés eux aussi, et au moment des repas de fermer l'extrémité inférieure des manches, parfois même de les réunir ensemble jusqu'à ce qu'on eût fini de le faire manger.

Je crois bien que la suppression absolue de tout engin de contention mécanique, le *no-restraint absolu*, entraîne l'emploi de la force brutale des infirmiers, et je me suis laissé dire que ce n'est pas toujours sans laisser des traces sur le corps de l'aliéné. Je me suis laissé dire aussi que parfois des infirmiers ont usé de procédés spéciaux et vraiment peu recommandables pour obtenir le calme des agités et des impulsifs. Et puis, cela a un autre inconvénient : la lutte éveille le ressentiment et l'envie de la vengeance, surtout quand elle est renouvelée, beaucoup plus que l'emploi de la camisole. Avec le no-restraint absolu, on est parfois forcé *d'abuser* de ce qu'on appelle la *contention chimique.* Mon maître Luys, qui, lui, ne craignait pas la camisole, donnait facilement aussi ce qu'il appelait la potion triple, renfermant chloral, bromure de potassium et opium à haute dose, qu'il ne manquait pas de faire avaler

en une fois. J'ai vu une démente sénile très agitée qui, à la suite de l'absorption de la potion, a été plongée dans le sommeil pendant quarante-huit heures. D'autres emploient l'hyoscine ou la duboisine. Il paraît, ce qui ne m'étonne pas, qu'il y a des surprises : quelques malades sont calmés pour toujours. Aussi, après avoir essayé tous les moyens qui paraissent raisonnables, y compris les hypnotiques, je crois que l'on peut *exceptionnellement*, j'y insiste, recourir à ces moyens mécaniques, camisole ou maillot (à l'exclusion de tous autres analogues), à la condition d'observer les règles suivantes :

1° Le surveillant-chef ne met la camisole ou le maillot que sur l'ordre du chef ou de l'interne, ou sur un bon signé de l'interne de garde, bon présenté le lendemain au chef de service.

2° La camisole ne doit pas être serrée et le malade doit être *surveillé* pendant la contention.

3° Dès que l'indication n'existe plus, suppression de l'appareil.

4° La camisole est serrée dans une armoire fermée avec une clef confiée au surveillant-chef.

Si le malade a l'habitude de lacérer ses vêtements on peut, d'ordre médical, lui mettre le maillot. Mais si on veut en outre fixer les manches d'une façon quelconque, il faut les mêmes formalités que pour la camisole.

Avec ces précautions, on ne fait courir aucun danger au malade et tout abus est évité, ce qui n'est pas le cas des autres procédés dont j'ai parlé.

J'ajouterai qu'une des conditions qui peuvent rendre très rare l'emploi de ces moyens est la *qualité du personnel infirmier*, surtout du surveillant-chef. On ne saurait croire combien l'intelligence, le tact et la bienveillance réelle de ceux qui sont appelés à vivre avec les aliénés peuvent faire diminuer les occasions de faire usage de la force. Cela rentre dans le traitement moral.

B. — Procédés thérapeutiques.

1° Traitement moral.

Il peut être direct ou indirect (il est ordinairement mixte).

a. Traitement moral direct.

Suggestion. — Le plus direct est incontestablement la suggestion hypnotique (?), et la suggestion à l'état de veille, appelée aujour-

d'hui persuasion. Je n'y insiste pas, car elle n'a pas d'usage en dehors de l'hystérie.

« Psychothérapie ». — La psychothérapie est l'ensemble des procédés directs et indirects, par lesquels on agit sur l'esprit du malade, mais dans lesquels les paroles, discours, conseils moraux, voire philosophiques, du médecin sont censés jouer un rôle prépondérant. C'est le sermon appliqué à la médecine mentale En fait il n'est appliqué dans ses exagérations que par quelques neurologistes et chez les obsédés, douteurs, « fous avec conscience », etc. Je suis très sceptique sur la valeur de ce procédé *employé dans tous les cas;* le traitement physique employé concurremment est certainement pour beaucoup dans la réussite. Je ne veux pas dire qu'il ne faille pas sermonner le malade, nous le faisons tous, même en médecine ordinaire, mais il ne faut rien exagérer, bien que, comme tout le monde, j'aie pu par quelques paroles bien senties, appliquées à propos, amener des transformations surprenantes chez des malades. En voici un exemple :

M. Jeb..., que j'avais vu une fois à Paris et qui habitait la province, mais dont je connaissais la famille, se présente un beau jour inopinément chez moi et me dit (on peut juger avec quelle expression de physionomie) : « Je descends du train; je suis malade, je n'ai pas la tête à moi, je vais me tuer (1). » Je demande des explications; j'apprends que ce monsieur, dans une situation importante, ne savait pas organiser son travail, qu'il s'y perdait, s'y fatiguait. Le découragement l'avait pris, l'estomac s'était dérangé, il s'était cru paralytique général, sans savoir au juste ce que c'était, et enfin avait résolu de se tuer. C'est du reste un homme instruit, fort intelligent et d'une élévation de sentiments très remarquable, mais très nerveux. Je lui explique ce que c'est que la paralysie générale, lui démontre qu'il n'en a aucun symptôme, qu'il n'a aucune raison de vouloir se suicider et que d'ailleurs ce serait indigne de lui, époux et père de plusieurs enfants; qu'il n'a qu'à organiser sa tâche journalière d'une façon méthodique dont je lui indique le plan; que rien que cela remettra aussi son estomac. Il repart, transformé. Il suit rigoureusement le plan de travail qu'il s'est tracé. Il était guéri de cet accès, qui, pour autant que je sache, a été le seul jusqu'à présent.

C'est en vain qu'on essaierait de ce procédé moral chez des aliénés, ils ne sont utiles que chez les obsédés et névropathes. On ne peut faire de traitement moral qu'à la fin de l'accès chez les aliénés, quand le malade commence à douter de la réalité de ses hallucinations ou de ses idées. On peut alors aider par des raisonnements appropriés le retour à la normale.

(1) C'est le sens, mais pas les paroles exactes.

Dans cette psychothérapie rentre aussi ce qui en fait le fond pour le Professeur Dejerine, à savoir l'excitation d'émotions et de sentiments favorables par l'influence du médecin : la bienveillance marquée, les encouragements, le milieu favorable suggérant l'optimisme, sont des facteurs à ne pas négliger chez les obsédés et douteurs, les aliénés convalescents, tout comme chez les malades ordinaires. Mais il ne faut pas avoir l'illusion que ces procédés pourraient agir sur les *aliénés vrais*. Ce qui ne doit pas empêcher le médecin d'être au fond toujours bienveillant pour ceux-ci, sans les importuner et en agissant toujours *intelligemment* avec eux, car c'est son premier devoir.

Dans le traitement moral rentre ainsi l'impression produite par l'aspect voulu ou les manières particulières du médecin. Ce côté du traitement moral peut être « immoral », c'est lui qui est largement exploité par les charlatans et même quelques médecins, habiles connaisseurs de la bêtise humaine et peu scrupuleux sur le choix des moyens. On peut encore parler à propos de traitement moral du *traitement par la foi*, à Lourdes et ailleurs.

Punitions. — Interner dans un asile un persécuté est non seulement une mesure de sécurité et de traitement moral, indirect, qui amène souvent une sédation réelle, au moins momentanée, mais c'est aussi une punition, c'est-à-dire un désagrément très pénible dont l'influence peut se traduire par la suppression de l'extériorisation du délire, autrement dit par la *réticence* et la *dissimulation* (1). Le persécuté s'aperçoit qu'il y a inconvénient pour lui à manifester ses idées et il se tait. Les détraqués, raisonnants et autres anormaux, c'est-à-dire ceux qui conservent encore davantage de « la raison dans la folie », peuvent être aussi influençables par la punition..... jusqu'à un certain point. Il faut ajouter *jusqu'à un certain point*, car cela dépend des individus et de l'intensité de leur affection. Ne savons-nous pas d'ailleurs, pour les gens chez qui la punition est le procédé classique de traitement, je veux dire les criminels, apaches et délinquants, que ce procédé est loin, très loin d'être infaillible? Pourtant, les malades sur le bord de l'aliénation paraissant y être accessibles plus que les autres, je crois qu'il y aurait avantage, comme je l'ai dit, à les livrer au bras séculier, quand leur intelligence est suffisamment

(1) Ce qu'obtenait Leuret croyant obtenir une véritable guérison.

développée, pour les guérir peut-être et en tout cas pour les empêcher de nuire.

A l'intérieur de l'asile, afin assurer la discipline indispensable, on ne peut employer comme châtiments proprement dits pour les infractions qui ne paraissent pas tenir au côté pathologique de l'intelligence, que les moyens adaptés à un autre but, passage du quartier des tranquilles dans celui des agités, et même mise en cellule. Cependant un bon moyen inoffensif est la suppression du vin aux repas (dans les asiles on en donne à tort), spécialement chez ceux qui, ayant trouvé moyen de s'en procurer, en ont abusé, et la suppression du travail, très momentanée, chez ceux qui se sont montrés insupportables dans les ateliers. Chez les imbéciles et arriérés adultes et enfants, une *remontrance solennelle* a quelquefois de l'effet ; chez les uns et les autres, on peut aussi, de concert avec la famille, supprimer les douceurs et permissions de sortie. Mais il va sans dire qu'on ne doit jamais employer de punitions comme celles des maisons pénitentiaires, mise au pain et à l'eau, cachot, etc. *La camisole ne doit jamais être employée à cet effet.*

b. Traitement moral indirect. — Influence mauvaise du médecin. — L'influence du médecin, qui doit toujours être bonne, peut aussi être mauvaise. Je m'explique : un persécuté voit dans le médecin d'asile l'ennemi, le complice de ses ennemis, celui qui le tient enfermé; la vue de celui-ci l'excite et généralement il l'accueille par des récriminations, injures ou menaces. Un hypocondriaque, dès qu'il aperçoit le médecin, se précipite sur lui pour lui faire part de ses douleurs et maladies et lui réclamer des traitements variés. Je ne cite que ces deux exemples, mais il y en aurait bien d'autres. Donc, si le médecin d'asile ne veut se dispenser de passer la visite tous les jours, qu'il évite tout au moins les persécutés et autres malades que sa personne excite : *Il y a des aliénés qu'il ne faut pas regarder.*

D'ailleurs on peut bien dire qu'en général il vaut mieux pour l'aliéné n'être *pas trop souvent examiné* (bien entendu une fois que le médecin a son diagnostic complet), car ainsi il ne fixe pas artificiellement son attention sur son délire et il se repose mieux moralement et physiquement. Le médecin se gardera bien aussi par des questions maladroites de suggérer des symptômes, d'aggraver l'état d'un hystérique. La culture médicale de l'hystérie a fait son temps, grâce à Babinski.

La règle est donc de laisser l'aliéné *aussi tranquille* que pos-

sible avec lui-même, soit en s'arrangeant pour qu'il ne voie pas le médecin, soit en ne l'examinant que rarement. Pour ceux, obsédés, détraqués ou convalescents, pour qui au contraire la présence et la parole du médecin sont utiles comme traitement moral, il faut éviter de les forcer *sans nécessité* à s'analyser eux-mêmes en revenant sans cesse minutieusement sur les symptômes.

Changement de milieu. — C'est le grand moyen : ce peut être sous la forme de voyage, de séjour à la campagne ou à l'étranger, de séjour chez un parent qui n'est pas en relation fréquente, habituelle, avec le malade. Cela peut se combiner avec une cure d'altitude, hydro-minérale, rarement maritime. Tout dépend des indications. Ainsi on n'ordonnera pas un voyage à un névropathe qui a en même temps des troubles gastriques ou intestinaux, peu compatibles avec une vie d'hôtel, ni à un pauvre diable qui n'a pas le sou, etc.

Un changement plus radical est l'entrée dans une maison d'hydrothérapie ouverte ou un asile privé ou public, si la sécurité l'exige. Il a pour avantage de combiner à la fois le changement de milieu, l'isolement, la discipline d'une maison de santé, les influences dues à la présence constante du médecin, bref toutes les formes du traitement moral, et de permettre en outre l'emploi de procédés thérapeutiques physiques difficiles à appliquer ailleurs.

Chez les gens pauvres, l'entrée dans l'asile public est à peu près le seul moyen d'obtenir le traitement moral et physique utile, même si la sécurité ne l'exige pas.

Isolement. — Bien que l'isolement puisse se faire à domicile, il est de beaucoup préférable de l'effectuer dans une maison de santé ouverte ou fermée (suivant les cas), car il n'est *jamais* suffisant chez le malade, la famille, même bien intentionnée, n'arrivant jamais à le faire rigoureux, et le changement de milieu étant toujours utile en même temps.

En fait, le premier degré d'isolement est l'entrée dans cette maison de santé. Un second degré est l'isolement dans une petite salle commune à peu de malades. Enfin, le vrai isolement se pratique dans une chambre séparée, avec interdiction absolue de toute visite, même de la famille, pendant plus ou moins de temps ou à des intervalles déterminés, etc. Il est généralement combiné avec l'alitement, le traitement moral et certains procédés somatiques variables. Si ce dernier vrai isolement est surtout indiqué pour les psychasthéniques et neurasthéniques, hystériques et autres qui y

trouvent l'éloignement des excitations journalières, le repos, et s'y sentent livrés à l'influence seule du médecin, il est par suite plus rarement employé à l'asile d'aliénés proprement dit, dans les mêmes conditions et aussi longtemps. C'est plutôt alors une mesure de sécurité, le moyen de tenir le malade éloigné de certains autres, qui ont une mauvaise influence soit sur le délire, soit sur l'agitation, etc. Pourtant l'isolement comme tel trouve son indication chez l'épileptique aliéné surtout dans les délires consécutifs aux accès où l'épuisement joue un rôle. On le combine aussi avec le traitement physique.

Travail. — Le travail est aussi un adjuvant dans certaines formes et un moyen d'utiliser les restes d'intelligence. Il peut être intellectuel, manuel, agricole, suivant les aptitudes et le milieu.

Discipline de l'asile. — La règle de vie à l'asile, qui enlève au malade l'initiative, mais lui impose la régularité, est une chose indispensable à l'ordre matériel et utile comme traitement moral. Il y a aussi une sorte d'imitation qui se propage d'un malade à l'autre et qui les rend plus dociles à cette discipline. Si bien que souvent des malades venant de chez eux, où ils étaient traités seuls, difficiles à vivre, violents même, se soumettent rapidement à la règle commune, une fois transplantés dans ce milieu nouveau pour eux, et se transforment en malades paisibles à la grande surprise des parents. Cela arrive aussi bien pour des enfants que pour des aliénés adultes.

Je dois à la vérité d'avouer qu'il y a aussi la contre-partie. Des déments peu profonds ou des chroniques inoffensifs qui ont encore de l'activité intellectuelle en dehors de leur délire, « s'abrutissent », qu'on me passe l'expression, dans l'asile; ils gagneraient à se trouver dans un milieu plus normal. Le *placement dit familial* est alors avantageux. Pour ceux qui ont une famille à eux pouvant les surveiller, la sortie de l'asile est préférable. On voit que savoir utiliser les différents milieux suivant les cas, les malades et la catégorie sociale, n'est pas indifférent.

Pour les confus et mélancoliques auquels l'isolement absolu ne réussit ordinairement pas, il est indiqué de les mettre dans une petite salle commune et au lit. La vue de leurs camarades, traités comme des malades, n'est pas sans avoir une influence favorable.

2° Traitement médico-pédagogique.

On appelle ainsi l'éducation et l'instruction que l'on donne aux enfants idiots, imbéciles, arriérés, dans certains services spéciaux d'asiles ou certaines maisons de santé spéciales. L'instituteur joue un grand rôle dans cette éducation et dans cette instruction. Il applique des procédés pédagogiques spéciaux. Les résultats ne paraissent pas en rapport avec le dévouement, le temps et l'argent employés à ce traitement. Je ne fais que le mentionner, car le médecin d'asile ordinaire et encore moins le médecin praticien n'ont que peu l'occasion de l'appliquer ou de surveiller son application.

3° Assistance.

La loi de 1838 a été autant une loi d'assistance que de sécurité. On ne peut soigner les indigents qu'à l'asile public. Le département de la Seine a, outre ses asiles et ses quartiers d'hospice (Bicêtre et la Salpêtrière) (1) affectés aux aliénés, des colonies familiales où les inoffensifs sont placés dans des familles qui les soignent, surveillent et emploient dans la mesure du possible. On a essayé aussi le traitement à domicile en allouant un secours à la famille du malade.

4° Traitement somatique.

Je ne veux pas à entrer dans les détails de la thérapeutique ordinaire (2) que l'on peut employer chez les aliénés. Je ne m'occuperai ici que des procédés spéciaux ou spécialement appliqués à certains symptômes.

Alitement. — Cet excellent moyen de repos, de préservation, est employé dans les délires infectieux, toxiques, d'épuisement, épileptiques même, qui entraînent une grande déperdition de forces, tout comme une maladie ordinaire fébrile. Dans les cas graves on doit prévenir tout particulièrement la formation des escarres par une propreté rigoureuse (voir gâtisme, escarres), l'emploi des matelas d'eau, etc. Il doit être accompagné d'aération

(1) Les quartiers des Hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière sont dirigés par l'Assistance Publique de Paris.

(2) Il est indispensable de faire vacciner tous les entrants dans un service d'aliénés, surtout les enfants.

la plus complète possible, toujours comme dans les maladies ordinaires.

Il est encore employé dans l'agitation et la dépression, l'anxiété quelle qu'en soit l'origine. Pour les agités il faut exercer une surveillance continue et replacer sans violence les malades qui se lèvent et sortent de leur lit. Dans la dépression mélancolique avec ou sans anxiété, le repos au lit, non moins précieux, doit être aussi accompagné de surveillance, surtout contre le suicide. L'anxiété, l'angoisse des obsédés au moment des paroxysmes est calmée parfois très rapidement par le séjour au lit, accompagné de la médication appropriée.

Gâtisme. — Les gâteux occasionnels (délires infectieux, etc.) n'ont besoin que de propreté. Pour les gâteux chroniques, déments, idiots, etc., on se trouve bien de les faire lever (ceux qui peuvent) à des heures régulières pour les faire aller à la selle.

Escarres. — D'abord, je le répète, une propreté minutieuse est de rigueur. L'escarre une fois déclarée, voici comme on procède dans mon service :

1° Changement de l'alèze supplémentaire, qui enveloppe le malade, dès qu'elle est souillée.

2° Lavage à l'eau froide bouillie.

3° Vaselinage des fesses et de la région sacro-lombaire.

4° Poudrage avec la poudre de Lucas-Championnière.

Ces escarres sont fort rares à Bicêtre, même chez les paralytiques généraux alités, très nombreux, et lorsqu'un de ces malades était amené en présentant, le traitement ci-dessus les faisait régulièrement rétrocéder, si on n'était pas à la période tout à fait ultime. On peut donc pratiquement éviter cette complication, si l'on veut s'en donner la peine.

Hydrothérapie. — Je ne ferai que citer les douches de différentes façons et les enveloppements mouillés très utiles, les unes et les autres, mais connus par ailleurs.

Bains froids. — Ils sont employés avec succès dans les délires infectieux, toxiques, avec fièvre, l'état de mal, avec les mêmes règles que dans les maladies infectieuses. Les bains chauds peuvent avoir aussi leur indication.

Bains prolongés tièdes. — Ces bains sont spéciaux à la médecine mentale. On peut les employer contre l'agitation, l'excitation, l'anxiété, l'insomnie des psychasthéniques et névropathes, l'intoxication alcoolique, à condition que le *cœur soit en bon état*. Leur

durée varie de une heure à huit ou dix. Ils peuvent être répétés tous les jours pendant longtemps (1). Dans les cas d'agitation le malade veut souvent sortir de la baignoire; une surveillance continue doit être établie pour l'en empêcher. On indique un procédé qui, paraît-il (je ne l'ai pas employé), réussit assez souvent pour faire rentrer tout seul le malade dans l'eau. Celui-ci est revêtu d'une longue chemise qui, mouillée, fait naître, s'il sort du bain, une sensation de froid assez désagréable pour qu'il se replonge de lui-même dans l'eau tiède. Cela ne peut évidemment réussir que chez ceux qui ne déchirent pas ou ne se sauvent pas. On fait manger le malade dans le bain. Chez les paralytiques généraux on peut maintenir en permanence des compresses humides sur la tête. Dans le cas où la peau paraîtrait trop macérer sous l'influence de l'eau, on peut l'enduire de *vaseline*, surtout les *pieds* et les *mains*. On doit veiller aussi à ce que l'eau souillée par suite de gâtisme soit immédiatement renouvelée.

Gavage. — Certains malades refusant obstinément de manger, on est obligé de leur passer la sonde et de les alimenter ainsi artificiellement avec des aliments liquides ou tenus en suspension dans le liquide, lait, œufs, bouillon, poudre de viande, etc. La technique du passage de la sonde est très connue, maintenant que l'on fait partout l'analyse du suc gastrique. Mais chez les aliénés il faut lutter trop souvent pour introduire la sonde : ils ferment obstinément la bouche. Il vaut mieux, au lieu de chercher à la faire ouvrir de force (en pinçant le nez), passer la sonde par le nez en employant un tube plus étroit. On est tout de même obligé de faire maintenir le malade par plusieurs personnes. On devra faire attention que : 1° le tube n'aille pas dans la bouche en se recourbant en avant; 2° qu'il ne pénètre pas dans le larynx et la trachée.

C. — Prophylaxie.

Eviter les infections, les intoxications, les traumatismes, est un bon conseil banal, mais important tout de même : on sait que l'alcoolisme et la syphilis sont les grands pourvoyeurs des asiles (sans parler de la prison pour le premier).

Un autre précepte de l'art est d'éviter la procréation d'aliénés,

(1) En Allemagne on va jusqu'à employer le bain *continu jour et nuit*, ce qui me paraît excessif.

névropathes ou détraqués en s'abstenant du mariage, si on est soi-même taré, ou en évitant rigoureusement d'entrer dans les familles où il y a une hérédité fâcheuse. Ici encore les mœurs sont plus fortes que l'hygiène préventive bien entendue, et la preuve en est que bien des familles médicales sont les premières à négliger cette précaution, au grand dam de leurs malheureux rejetons.

Pour le reste, une vie sage, réglée, hygiénique, morale, bref celle qu'on ne suit pas, doit être conseillée à tout candidat à la folie par ses origines ancestrales ou ses antécédents personnels.

CINQUIÈME PARTIE

LES FORMALITÉS LÉGALES ET ADMINISTRATIVES (1)

SOMMAIRE. — *Formalités.* — Ignorance trop grande chez les médecins et les commissaires de police de la loi de 1838.

Placement d'office. — Formalités.

Placement volontaire. — Formalités.

Certificats du médecin. — Énumération des divers certificats. Garanties de la loi de 1838. Transformations du mode de placement. Le « livre de la loi ».

Comment il ne faut pas rédiger de certificat. — Se méfier de soi, du malade et des renseignements.

Comment il faut le rédiger. — Exemples. Avoir soin de signaler si on soupçonne la simulation. Ne jamais certifier que ce que l'on a *constaté soi-même* ou, dans un asile, après une observation prolongée du personnel, surtout pour l'épilepsie (simulation). Grande prudence quand il s'agit de répondre à des questions administratives. Prévoir le suicide ou le meurtre, les récidives, dans les certificats de sortie quand on a des raisons pour cela.

Rapports médico-légaux. — Il n'y a pas de médecine légale, il n'y a que de la médecine. Distinction pratique entre le fou et le criminel. Déplacement souhaitable de la frontière entre les deux. Grande franchise du médecin : la clinique mentale est un art peu précis.

Consultations écrites.

Secret médical. — Précautions à prendre à l'asile pour le sauvegarder.

La plupart des médecins non aliénistes et des autorités, même des commissaires de police, *ignorent* comment il faut s'y prendre pour faire placer un aliéné dans un asile public ou privé soumis à la loi du 30 juin 1838. Ils ignorent à la fois la loi et les arrêtés administratifs qui régissent les différents asiles. Si bien que j'ai vu plusieurs fois à Bicêtre des gens envoyés de très loin, de province, pour y entrer directement, ce qui est impossible. Sans exposer dans le détail la loi de 1838 que l'aliéniste de profession doit connaître et sur laquelle je ne ferai aucune critique, inutile dans ce livre pratique, je dirai seulement quelles sont les formalités pour faire « séquestrer » un aliéné, car pour le soigner chez lui, chez un parent, un ami ou dans une maison de santé *ouverte*, nulle formalité n'est exigée.

(1) RÉGIS, *Précis*, p. 967. — A. VALLON, in *Traité de Ballet*, p. 1363. — Le texte de la loi de 1838 et du règlement administratif se trouve à la fin du *Précis* de RÉGIS.

Il y a deux sortes de placements : le *placement d'office* et le *placement dit volontaire*. Les formalités sont les mêmes pour les aliénés, les épileptiques adultes, et pour les enfants, arriérés, idiots, épileptiques ou aliénés. Théoriquement on ne devrait faire entrer dans les asiles que les épileptiques qui ont des troubles mentaux. Pratiquement on peut y placer tous les épileptiques indistinctement. D'ailleurs ces troubles mentaux peuvent apparaître sans qu'on sache pourquoi chez des gens qui ont eu longtemps des crises convulsives seules.

Placement d'office. — L'aliéné fait du scandale dans les rues ou chez lui, menaçant la sécurité publique ou la sienne propre, la police l'arrête ; à Paris, le commissaire de police fait une enquête et, s'il le juge à propos, l'envoie avec son rapport (1) à l'Infirmerie spéciale près de la Préfecture de Police.

Là il est examiné par les médecins de l'Infirmerie, qui délivrent un certificat de placement à Sainte-Anne. Un arrêté du Préfet de Police ordonne le placement. A Sainte-Anne, le médecin de l'Admission examine de nouveau le malade et, après certificat, l'envoie dans un des services de la Seine.

En province, le malade est examiné par un médecin requis par le maire et envoyé à l'asile sur un arrêté du préfet.

Placement volontaire. — La famille ou un ami amène le malade (2) à l'asile privé ou public, y signe une demande de placement (3) et fournit une pièce d'identité avec un certificat d'un médecin (4) qui a examiné le malade préalablement. Ce certificat sur papier timbré (sur papier libre, si le certificat a été fait à une consultation gratuite d'un hôpital public) ne doit pas avoir plus de 15 jours de date. La signature du médecin doit être légalisée par

(1) Pour le dire en passant, il est rare que ce rapport contienne quelque chose d'utile pour le médecin ; les dépositions des témoins, recueillies par le commissaire sont insignifiantes ; ceux-ci se bornent à dire très vaguement que l'aliéné a gesticulé, s'est livré à tel ou tel acte et que pour eux il est bien fou !

(2) Il faut que le malade ait son domicile de secours dans le département de la Seine pour entrer dans les asiles de la Seine volontairement ; pour la province, dans les départements qui ressortissent de l'asile où il doit entrer. Quand l'aliéné est placé d'office, on le fait entrer naturellement à l'asile le plus proche, quitte à le faire transférer ensuite dans l'asile de son domicile.

(3) Le placement demandé par l'aliéné lui-même qui aurait « conscience » de son état et voudrait se faire traiter n'est pas admis par la loi (c'est une lacune) : il faut que ce soit un tiers qui signe la demande.

(4) Ce médecin ne peut être attaché à l'établissement, ni parent ou allié jusqu'au deuxième degré inclusivement des chefs ou propriétaires de l'établissement ou de la personne qui signe la demande de placement.

le commissaire de police de son quartier ou par le maire en province. Le certificat certifie l'aliénation, l'idiotie ou l'épilepsie, et la *nécessité* de placer le malade dans un *asile spécialement consacré aux affections mentales* (il suffit à Paris de mettre : *dans un asile spécial*) (1).

Certificats. — Tout médecin praticien pouvant être appelé à rédiger un certificat de ce genre doit savoir le faire correctement, ainsi que tous les certificats d'aliénation ou autres que les familles peuvent demander. Les règles de cette rédaction sont à peu près les mêmes que celles des certificats que doit rédiger le médecin d'asile.

Ces derniers certificats sont : 1° *celui dit immédiat* ou des 24 heures; 2° *celui de quinzaine*, au bout de quinze jours de l'entrée du malade; 3° ceux demandés par *les autorités* (2) pour se rendre compte de l'état de l'aliéné, quand celui-ci ou une personne réclame sa sortie, quand les affaires ou les intérêts sociaux, familiaux, pécuniaires, etc., du malade rendent nécessaire la connaissance exacte de l'état intellectuel de celui-ci (3); 4° les *certificats semestriels* (30 juin et 31 décembre), très succincts, sur tous les malades du service; 5° enfin ceux que rédige *spontanément* le médecin, propositions de mise en liberté pour guérison ou amélioration, transfert dans un autre asile, état inoffensif, etc.

Le malade cesse en effet, d'après la loi, d'être retenu dès que le médecin a déclaré la guérison obtenue. Pratiquement, quand le malade a été placé d'office à la suite de violences, la Préfecture de Police, à Paris, envoie un de ses médecins, dits inspecteurs, examiner le malade. Ce médecin rédige un rapport et la Préfecture suit l'avis qui lui plaît, quand l'inspecteur est en désaccord avec

(1) Le placement volontaire des enfants à Bicêtre et à la Salpêtrière n'est plus admis à la suite d'une délibération du Conseil général. Ils doivent tous passer par Sainte-Anne. C'est donc à cet asile qu'il faut que les parents de l'enfant l'amènent avec les piéces indiquées ci-dessus. Mais ils peuvent demander son envoi à Bicêtre ou à la Salpêtriére.

(2) Ces mêmes autorités sont chargées de visiter les asiles publics ou privés. Ce sont : le ministre de l'intérieur ou ses délégués, le préfet (et le préfet de police à Paris) ou ses délégués, le président du tribunal, le procureur de la République, le juge de paix, le maire de la commune. En outre la commission de surveillance et une délégation du conseil général visitent les établissements publics. On voit toutes les garanties offertes par la loi de 1838.

(3) Les demandes directes de certificats par les familles pour un aliéné interné doivent toujours être repoussées. Les certificats doivent être demandés par l'intermédiaire de la Préfecture du département (à Paris, de la Seine), cela pour sauvegarder les intérêts du malade, même en interdit, placé sous la sauvegarde de la loi.

le chef de service ; le Préfet de police a en effet seul le droit (ou le ministre de l'Intérieur ou le président du Tribunal civil) de prononcer la sortie de l'aliéné *sous sa responsabilité*. Le médecin propose et le Préfet dispose. A chacun son rôle.

On peut après évasion de l'aliéné rédiger un *certificat dit de réintégration*, c'est-à-dire demandant à la police de rechercher le malade, si le médecin le juge nécessaire. Il y a encore le certificat de *transformation du placement volontaire en placement d'office*, si le médecin veut s'opposer à la sortie du malade réclamée par sa famille, s'il juge qu'il y ait *danger pour la sécurité du malade ou du public*. Car la personne qui a signé la demande de placement a le droit de faire sortir quand elle veut son malade, *même contre l'avis du médecin*, à moins que celui-ci ne prenne la mesure indiquée ci-dessus. Le certificat indique le danger et propose au Préfet de maintenir le malade d'office, c'est-à-dire malgré la famille. Quand le médecin ne le fait pas, mais qu'il juge seulement la sortie inopportune ou nuisible à la santé du malade, il peut, pour sauvegarder sa responsabilité, rédiger un certificat constatant que c'est *malgré ses conseils* que l'aliéné est repris par sa famille.

Tous ces certificats du médecin d'asile sont transcrits sur un *registre officiel* coté, paraphé par le maire, et soumis au visa de toutes les autorités qui ont la charge de la surveillance, particulièrement le procureur de la République. On l'appelle dans les asiles le « livre de la loi ».

Comment il ne faut pas rédiger un certificat. — Je ne crois pas avoir à dire que, *sous aucun prétexte*, on ne doit donner de certificats de complaisance, par exemple pour placer dans des asiles de pauvres diables sans ressources (on est encore très souvent sollicité de cette sorte à Bicêtre et à la Salpêtrière). Je crois inutile aussi de recommander de *toujours* examiner soi-même le malade et de ne *jamais* s'en rapporter aux renseignements, fussent-ils donnés par un confrère.

Il arrive encore dans les consultations, cela se voit plus fréquemment qu'on ne croit, qu'un individu vienne demander un certificat de non aliénation au médecin : il le prie de constater qu'il est absolument sain d'esprit. Cela est suspect : ce sont généralement des aliénés dits raisonnants qui, en contestations avec leurs proches, le gouvernement ou la justice, prétendent avoir été séquestrés arbitrairement et veulent se servir de ce certificat

comme d'une arme. Ils savent dissimuler leur délire avec un art consommé.

1° Il ne faut pas rédiger des certificats d'intégrité intellectuelle en déclarant l'individu examiné parfaitement sain d'esprit. Personne n'en sait rien, et ce serait faire preuve d'une bien grande naïveté, même si l'on croit réellement que la personne qui vient se faire examiner jouit, comme on dit, de toutes ses facultés.

2° Quant aux autres certificats d'aliénation, il ne faut pas mettre pour tout diagnostic : est atteint de trouble mental ou est atteint de délire ou une chose vague analogue. Il ne faut pas mettre pêle-mêle les renseignements de seconde main fournis par la famille et ceux donnés par l'aliéné sur le même plan que les faits *constatés objectivement*. Il ne faut pas déclarer incurable une maladie qu'on a vue superficiellement, ni dangereux un aliéné ou un enfant que son âge rend incapable de nuire ou que des circonstances insuffisamment élucidées paraissent vaguement rendre suspect au point de vue de la sécurité. Il ne faut surtout pas croire aveuglément les renseignements de la famille, surtout s'il s'agit des enfants. J'ai vu pour ma part plusieurs fois des familles accuser leur enfant de tous les vices et désordres mentaux pour le placer à Bicêtre ou à la Salpêtrière. L'enfant étant entré dans le service sur le certificat d'un médecin qui avait pris pour argent comptant les dires de la famille, cet enfant, dis-je, observé soigneusement, ne présentait rien. Dans ces cas il faut distinguer deux ordres de faits parfois mêlés : d'une part l'ignorance des premiers principes de l'éducation amenant les parents, nerveux ou alcooliques par surcroît ordinairement, à se conduire envers leur enfant de telle sorte que celui-ci, ahuri et nerveux, mal élevé, se conduit mal par réaction ou exagère ses défauts, et d'autre part le mensonge effronté de parents ou de beaux-parents qui veulent se débarrasser d'enfants très suffisamment normaux. L'entrée dans l'asile de ces enfants n'est pas un très grand mal, puisqu'ils ont été soustraits à un milieu malsain : mais c'est bien plutôt à une société d'assistance qu'il faut les confier tout de suite. Pour les épileptiques, à moins d'avoir assisté à une crise, *il est tout à fait imprudent* de mettre sur un certificat : *est* atteint d'épilepsie. Enfin il y a bien d'autres manières de mal faire les certificats, même quand on sait les faire!

Comment il faut rédiger un certificat. — 1° Certificat d'intégrité intellectuelle. — Si on ne peut ou ne veut pas le refuser, ce qui

est tout de même préférable, et si réellement le client n'a rien révélé d'anormal, *bien qu'une pareille demande soit des plus suspectes* (1), on peut, je pense, s'en tirer de la façon suivante *en n'énonçant que les faits :*

Je soussigné.... ai reçu aujourd'hui la visite de M. Un Tel, venant me demander de constater l'intégrité de ses facultés intellectuelles. Je certifie que pendant la durée de mon examen (de telle heure à telle heure), il ne m'a été donner de constater chez M. Un Tel aucun signe apparent de trouble mental.

Si le client se contente de ce certificat, c'est très bien ; s'il veut plus, on n'a qu'à refuser catégoriquement.

2° Certificat de placement. — Le médecin praticien devra faire *très attention* , car il a moins de temps pour examiner le malade et se faire une opinion que le médecin d'asile, et aussi parce qu'il doit conclure ferme à l'internement. Il ne devra, pour motiver l'internement, se fonder que sur des *faits constatés directement par lui* ; il suffit d'énumérer les symptômes ; le diagnostic précis est inutile, d'autant plus qu'il n'est pas toujours assuré. On peut, si l'on veut, mentionner les renseignements fournis par la famille ou par d'autres ou même par le malade, mais en leur donnant *l'importance subordonnée* qu'ils doivent avoir, par exemple :

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie que M. Un Tel (noms, prénoms, âge, demeure) (2) présente des lacunes considérables de la mémoire ; il fait des erreurs de jugement, ne sait plus où il se trouve, ni la date exacte. Il est indifférent à l'examen et satisfait plutôt, même quand on essaie de lui faire constater ses pertes de souvenirs et les erreurs de ses jugements. Sa parole est légèrement embarrassée et les pupilles un peu inégales sont très paresseuses à la lumière. Sa femme dit qu'hier il a voulu se précipiter sur elle et avoir des rapports avec elle devant son frère et sa sœur. Il y a quelques jours il se serait perdu dans la rue.

Le trouble mental présenté par M. Un Tel nécessite le placement dans une maison spécialement destinée au traitement des affections mentales (ou plus simplement — dans une maison spéciale).

Paris, le

Signature.

(1) Tous les gens que j'ai vus venir me réclamer des certificats de ce genre étaient des persécutés raisonneurs ou interprétants. Il va sans dire que je ne leur ai pas donné de certificat !

(2) Il est souvent utile, quand on ne connaît pas les gens, de se faire présenter une pièce d'identité ; on ajoute alors : « d'après le livret de mariage, le livret militaire, » etc. Pourtant c'est l'asile privé ou public qui doit s'assurer de l'identité du malade.

Autre exemple :

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné aujourd'hui Mme Une Telle (âge, demeure). Son mari, qui l'amène, raconte qu'elle ne dort pas depuis longtemps, qu'elle parle la nuit; elle se plaindrait des voisins et aurait même été les dénoncer au commissaire. Mme une Telle se plaint à moi que les voisins au-dessus d'elle lui parlent la nuit par la télégraphie sans fil, l'injurient, la menacent et lui envoient des odeurs épouvantables. On a essayé aussi de l'empoisonner et on lui lance des étincelles qui piquent la peau. Elle ne sait pourquoi on fait tout cela; mais c'est à l'instigation de M. X. qui dirige toute la bande. Elle avoue avoir giflé dans l'escalier une personne qui descendait, et qui l'a injuriée, dit-elle. — Il s'agit donc bien ici d'un délire de persécution nécessitant le placement de la malade dans un asile spécial consacré aux troubles mentaux.

Paris, le

Signature.

3° Certificats faits a l'asile. — Quelques médecins se croient obligés de faire un diagnostic dès le premier certificat d'entrée. En ce qui me concerne, je ne le fais qu'à bon escient, car je n'aime pas à me contredire dans mes certificats successifs, bien que cela m'arrive comme à tout le monde. Je pense que le certificat doit refléter *dans toutes ses nuances* l'opinion exacte que le médecin d'asile se fait du malade qui lui est confié. Quand le médecin est certain, il affirme ; quand il doute, il se garde bien d'affirmer. Il n'a pas à tenir compte des certificats antérieurs à l'admission qui lui sont communiqués, même quand ils viennent de la Préfecture ou de Sainte-Anne. Pour ma part, tout en les consultant et ayant pour ceux qui les ont rédigés toute l'estime due à d'éminents collègues, je crois devoir faire abstraction de leur opinion. On me demande la mienne, et non pas la leur. Tant pis pour moi si je me trompe en n'étant pas d'accord avec eux. D'ailleurs il suffit pour le premier certificat d'exprimer un doute et la nécessité d'une observation prolongée. Cela veut dire que le médecin n'est pas fixé. Par exemple, j'ai reçu à Bicêtre un vieillard qui m'était envoyé par la Préfecture et Sainte-Anne comme persécuté. N'étant pas édifié par mon examen, je fis un certificat d'attente : « Je certifie que X... m'a raconté l'histoire de ses démêlés dans la maison de Y. d'où il sort. A observer (1). » Quelques jours après (ayant examiné le vieillard tous les jours), je fis le certificat suivant : « M'a raconté ses démêlés toujours de la même façon. Il m'est impossible

(1) Je cite ces certificats de mémoire.

de me prononcer sur l'état mental de ce vieillard sans des renseignement portant sur les points suivants :

. . . . »

La Préfecture m'ayant envoyé les renseignements que je contrôlai d'autre part en faisant venir le fils du malade, je pus à la quinzaine faire un certificat où j'exprimais une certitude.

Si on soupçonne la *simulation*, il est prudent de le mettre dans le certificat en le rédigeant, *par exemple*, de la façon suivante :

« Un tel fait ceci ou cela *ou* dit ceci et cela *ou* ne répond à aucune question *ou* dit qu'il ne se souvient pas de ce qui s'est passé, etc. Est-ce un simulateur? A observer. »

Pour les épileptiques, je ne mets jamais : « est atteint d'épilepsie », sur le certificat d'entrée, à moins que je ne sois sûr de mon fait; mais bien « *serait* atteint d'épilepsie ; à observer » ; car l'entrant peut être un hystérique, un paralytique général tout au début à crises convulsives ou un urémique ou un *simulateur* qu'il faut prendre le temps d'examiner. Pour le certificat de quinzaine et jusqu'à ce que je me considère comme pleinement édifié, je mets : « a présenté depuis son entrée tant de crises d'apparence convulsive épileptique constatées par le personnel du service ». Et bien m'en a pris plusieurs fois d'agir avec cette prudence.

On reçoit souvent des demandes de certificat de la Préfecture (de la Seine) pour différentes affaires qui touchent aux intérêts pécuniaires ou familiaux du malade. Par exemple, on demande l'état du malade en vue de la *vente de son mobilier* . Il convient de ne *jamais* répondre par « on peut enlever le mobilier », mais bien par un diagnostic et un pronostic qui doivent être très réservés, même s'ils'agit de paralytiques généraux. Car il y a des *rémissions à surprises*, permettant la sortie, et on juge quel effet cela peut produire sur le malade de trouver ses affaires vendues. Il est très difficile aussi de répondre vraiment à la question de savoir si un aliéné peut témoigner en justice ou donner son consentement à un mariage. A moins qu'on ne se trouve en présence d'une rémission, il me paraît préférable de considérer l'aliéné comme incapable, excepté s'il s'agit d'un épileptique non dément et sans trouble mental actuel. Quant à l'*interdiction*, c'est encore une question de diagnostic et de pronostic.

Pour le service militaire, il est bien évident que l'aliéné ou l'épileptique ne peut en faire, mais on devra *refuser* un certificat à

tout individu qui *allègue* l'épilepsie sans qu'on ait constaté les accès.

Il y a encore quelques précautions à prendre dans la rédaction de certains certificats. Ainsi un aliéné manifeste à l'entrée quelques idées vagues de *suicide*. Il est bon de les mentionner et d'ajouter qu'il sera l'objet d'une surveillance étroite. Un aliéné avec idées ou tentatives de suicide, avec menaces ou actes de violence, vient à guérir. Dans le certificat il est prudent, après avoir déclaré la guérison et proposé la sortie, d'ajouter qu'on ne répond pas de l'avenir et que si le malade récidive, ce qui est possible ou probable (suivant la forme), il pourra avoir les mêmes idées ou se livrer aux mêmes tentatives de suicide ou d'homicide. Cela est particulièrement important pour les alcooliques.

Et, malgré toutes ces précautions, il arrive quelquefois de se tromper ou d'être roulé par un simulateur.

Rapports médico-légaux. — J. Falret disait que la médecine légale n'existait pas. Cela est très vrai ; il n'y a que de la médecine. Cela veut dire que le médecin doit rester médecin et ne pas faire le magistrat en entrant dans les questions de *responsabilité*, qui ne le regardent pas et qui sont d'ailleurs illusoires. En attendant que la législation soit réformée rationnellement et que le service général de protection sociale soit réorganisé sur des bases plus solides, le médecin n'a qu'à dire si l'inculpé est aliéné ou non. Il y a ici une première difficulté : le médecin doit-il considérer les criminels ou délinquants comme des aliénés, ou tout au moins comme des anormaux? Il semble bien que l'affirmative s'impose dans nombre de cas (je ne rechercherai pas lesquels ici). Mais la loi fait une distinction entre les deux sortes d'anormaux, aliénés et criminels.

Le médecin n'a qu'à s'incliner, d'autant plus que pratiquement on ne peut traiter de même les deux catégories (Voir plus haut aux Types cliniques, p. 524). Une seconde difficulté vient de ce qu'on appelle la « *responsabilité atténuée* » : les individus délinquants, sur le bord de l'aliénation, déséquilibrés, détraqués, impulsifs, hystériques, sont assez malades pour n'être pas tout à fait « responsables » et pas assez pour n'être pas tout à fait « irresponsables ». Cela entraîne une atténuation de la peine. Et le magistrat demande si l'individu rentre dans cette catégorie. bien qu'il ne soit nullement question dans le code de responsabilité atténuée, pas plus que de responsabilité. Le médecin peut s'en tirer en disant qu'effectivement l'inculpé est un détraqué ou un impulsif,

et rentre dans la catégorie à laquelle on applique habituellement l'atténuation de la peine. Mais, comme je l'ai déjà dit, il peut aller au delà et devancer un peu la réorganisation du code en indiquant que l'application d'une peine assez sévère serait d'un heureux effet comme traitement moral. Je vais même encore plus loin : j'estime que les aliénés dits raisonnants retireraient plus de profit d'être considérés comme « responsables », et livrés au bras séculier tout comme les anormaux criminels. La perversion intellectuelle du raisonneur est difficile à faire comprendre aux personnes étrangères à l'aliénation, tellement elle ressemble à ce qu'on appelle la fausseté d'esprit, avec ses accompagnements d'amour effréné de la logique et de prétentions à l'infaillibilité, fausseté que l'on admet ne pas rentrer dans l'aliénation (1). Je crois donc que le médecin peut considérer comme *punissables* ces raisonneurs, à condition pourtant qu'il n'y ait vraiment aucune idée délirante énorme, évidente. J'ai déjà insisté sur tous ces points. Mais il y a chez ces détraqués, hystériques, etc., qui sont, comme on l'a dit, le *borderland of insanity*, une troisième difficulté, bien grande parfois, que l'expert doit surmonter: il lui faut apprécier jusqu'à quel point l'inculpé est malade ou anormal. C'est ici qu'il faut que le médecin expert (toujours à mon avis) ait le courage, le cas échéant, de ne pas trancher les choses et d'avouer *qu'il ne sait pas*. C'est ici qu'il doit indiquer les probabilités ou les possibilités, en se souvenant que la *clinique mentale est un art* peu précis qui trop souvent ne porte pas plus loin que ce qu'on appelle la connaissance de la vie et des hommes. Qu'il se garde bien surtout d'abuser de ce qu'on appelait autrefois les *stigmates* physiques de dégénérescence pour faire envoyer dans les asiles des gens qui n'y sont pas à leur place. Les magistrats, m'a-t-on assuré, aiment au contraire un rapport net et catégorique. L'expert le fera tel assurément s'il y a lieu; mais s'il n'y a pas lieu, qu'il donne son opinion comme il l'a : si tous les médecins agissaient ainsi, les magistrats feraient bien vite leur éducation.

Consultations écrites. — Dans bien des circonstances, conseil judiciaire, interdiction, affaires d'intérêt, etc., le médecin aliéniste est appelé par les familles à fournir une consultation écrite qui porte sur le pronostic ou sur le traitement en particulier, bien

(1) Ce sont presque toujours des raisonneurs qui donnent lieu aux histoires de séquestration arbitraire.

entendu après un exposé du diagnostic. Je n'ai pas à m'étendre longuement sur la manière de la rédiger, car les mêmes précautions doivent être prises que pour un certificat, dont elle ne diffère que par la forme et la longueur.

Secret médical. — Le médecin en ville l'observe comme pour toute autre maladie ordinaire. A l'asile ou dans la maison de santé privée ce secret n'existe pas vis-à-vis des *autorités* chargées de la surveillance. Vis-à-vis du public, il y a certaines précautions à prendre pour le sauvegarder. Les parents immédiats et l'époux ou l'épouse viennent voir l'aliéné, reçoivent ses lettres, lui écrivent, après entente avec le médecin (qui leur conseille au besoin de s'en abstenir pour le traitement), et ils désignent les personnes qu'ils autorisent à voir le malade. Dans le cas de placement volontaire, c'est la personne qui a signé la demande qui désigne les visites permises, de concert avec le médecin. Toutes les autres personnes, même de la famille, se voient *refuser* l'entrée de l'asile (1) et tous renseignements sur l'état du malade et *même sur sa présence* à l'asile.

Les *lettres* du malade adressées aux autorités énumérées plus haut doivent toujours être transmises, c'est dans la loi. Mais toutes les autres doivent être retenues, sauf celles adressées aux personnes autorisées comme ci-dessus.

Il y a déjà bien longtemps on a pu voir, sur les murs des maisons d'un quartier de Paris, les affiches de candidature, au Conseil municipal, je crois, d'un aliéné enfermé dans un asile. Cette campagne électorale n'était pas faite pour calmer cet aliéné, qui était un raisonneur très excité, ni pour sauvegarder le secret à son égard. Mais c'était à l'insu du médecin que la chose s'était passée.

(1) Cela même est le plus souvent indispensable pour le traitement, car bien des maladroits ou des malintentionnés peuvent exciter le malade ou lui procurer une exacerbation de son délire, ainsi que je l'ai constaté.

TABLE DES OBSERVATIONS

A

B

C

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES [1]

A

(1) Il est impossible d'indiquer tous les termes et tous les passages où l'on devrait renvoyer à propos de chaque terme de la table. On a dû se contenter d'indiquer les plus importants.

B

C

D

E

F

I

N

O

P

Q

R

T

U

V

1478-11. — Corbeil. Imprimerie Crété

